



ALLEGATO A

Modello domanda di partecipazione procedura reclutamento.

AL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 4
Via Zeppilli, 18
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per titoli e colloquio per il conferimento di n.1 incarico a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista (Cat. D) bandito da codesta Area Vasta con Determina n. 959/AV4 del 30/12/2019.

A tale fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) Di essere nato/a a _____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ via _____
- 3) Di essere in possesso:
 - della cittadinanza italiana
 - della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- 5) Di non aver riportato condanne penali.
 Di aver riportato le seguenti condanne penali _____.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____.
- 7) Di essere in possesso del seguente requisito di ammissione:
 - a) del diploma di _____ conseguito presso _____ in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - b) di essere iscritto all'albo professionale (ove esistente) _____ della Provincia di _____ al numero di posizione _____ dal _____.
- 8) Di non aver prestato servizi presso Pubbliche Amministrazioni; oppure
 - Di aver prestato (e di prestare) i sotto indicati servizi presso Pubbliche Amministrazioni (indicare eventuali cause di risoluzione): _____

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Oberdan,2 - 60122 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424

Area Vasta n. 4

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: direzione.av4@sanita.marche.it - Pec: areavasta4.asur@emarche.it - www.asur.marche.it

Denominazione Ente	Periodo		Qualifica rivestita	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	dal	al			

(*) indicare tipo di rapporto (a tempo pieno o part-time con indicazione dell'orario svolto; tempo determinato o tempo indeterminato), eventuali periodi di aspettativa (dal – al)

- Che relativamente a suindicati servizi ricorrono non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979 relativo alla riduzione del punteggio di servizio per mancata partecipazione all'attività di formazione (in caso positivo precisare la misura della riduzione);

- 9) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;
- 10) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata (da compilare a pena di esclusione in caso di invio domanda tramite PEC) _____
 (per l'invio della documentazione dovrà essere usato, a pena di esclusione, il formato aperto "PDF/A", indicato come formato per la conservazione dei documenti nel supplemento ordinario n. 20 alla G.U. del 13/03/2014)
- 11) di indicare, in ordine di priorità, le seguenti preferenze nel caso di eventuale utilizzo della graduatoria da parte dell'ASUR Marche, Aree Vaste n. 1, 2, 3 e 5:

Ambiti territoriali ASUR scelti

- 12) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali (D.Lgs 196/2003).
- 13) Di aver diritto a precedenza e preferenze di legge in quanto (Allegare la documentazione probatoria _____)
- 14) Che il domicilio presso il quale deve essere fatta, ad ogni effetto e fino a nuova comunicazione, ogni necessaria comunicazione è il seguente:

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ CAP _____

TELEFONO _____

E-MAIL/PEC _____

15) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di _____ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____.

Ai fini della valutazione di merito allega i documenti e i titoli, oltre al curriculum, come riportati nell'accluso elenco in

In fede.

Luogo _____ Data _____
_____ firma

