

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Provinciale
Viale Stazione -Angolo G. di Vittorio
88900 CROTONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AVVISO DI SELEZIONE , PER CHIAMATA NUMERICA E PREVIO TIROCINIO FORMATIVO DELLA DURATA DI 24 MESI (ART. 11, L. N. 68/99 E PROVVEDIMENTO DELLA CONFERENZA UNIFICATA 16 NOVEMBRE 2006 N. 992/CU), PER L'ASSUNZIONE DI N° 1 OPERATORE TECNICO IMBIANCHINO CATEG. "B", RISERVATO A DISABILI (con disabilità non inferiore al 46%) ISCRITTI NEGLI ELENCHI TENUTI DAI CENTRI PER L'IMPIEGO DELLA PROVINCIA DI CROTONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____ cap. _____
via _____ n. _____, domiciliato in _____
cap. _____ via _____ n. _____

chiede di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica per chiamata nominativa di n. 3 lavoratori disabili nel profilo professionale di:

N° 1 OPERATORE TECNICO - IMBIANCHINO - CATEGORIA "B"

A tal fine dichiara:

- di essere cittadino italiano oppure di appartenere ad uno degli Stati dell'Unione Europea (cancellare la dizione che non interessa)
- di avere pieno godimento dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero indicare gli eventuali motivi della non iscrizione o della cancellazione:

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso e di non essere stato sottoposto provvedimenti di interdizione o altre misure che escludono, secondo le norme vigenti, la costituzione del rapporto di impiego con la pubblica Amministrazione nonché di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità
ovvero indicare le eventuali condanne penali o procedimenti penali in corso:

- di avere o meno effettuato servizio di leva (*specificare*)

- di aver prestato servizio presso le sotto elencate Amministrazioni Pubbliche:

- di non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici in base ad una sentenza passata in giudicato;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione o dichiarato decaduto dallo stesso (art. 127 lett. d T.U. DPR n° 3 del 1957);

- di essere in possesso del titolo di studio _____
conseguito presso la Scuola _____ nell'anno
scolastico _____;

- di essere iscritto al collocamento nelle liste dei disabili della Provincia di Crotone dal
_____ con la percentuale di invalidità pari al _____ ossia _____

- di avere diritto, ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 09.05.1994, n. 487, alla riserva e/o
preferenza/precedenza di seguito specificata : _____

- di essere in possesso della qualifica richiesta ossia : _____

- di accettare, avendone preso conoscenza, le norme e le condizioni della presente selezione
- di autorizzare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone al trattamento dei dati personali anche sensibili, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 per le finalità connesse all'espletamento della selezione.

Allega alla presente domanda:

- ✓ curriculum professionale
- ✓ verbale medico legale
- ✓ attestato di qualifica
- ✓ titolo di studio

- ✓ certificazione che attesti il diritto preferenza per le mansioni svolte presso Pubbliche Amministrazioni relative al profilo a selezione
 - ✓ iscrizione nelle liste del collocamento obbligatorio L.68/99
- Tutti i documenti di cui sopra possono essere autocertificati ai sensi del D.P.R. 445/2000 ad eccezione di quello relativo al verbale medico legale.
In caso di autocertificazione allegare copia di valido documento di riconoscimento.

Crotone , _____

(firma leggibile)
