

AL DIRETTORE GENERALE DI MONTECATONE R.I. SPA

Il/La sottoscritto/a [redacted]

cognome/nome

nato/a il [redacted] a [redacted] Prov. [redacted]

Residente a [redacted] Prov. [redacted] Cap [redacted]

Via [redacted] n. [redacted] Tel. [redacted]

CHIEDE

di essere ammesso/a all' **AVVISO per titoli e colloquio** per la formazione di una graduatoria per necessità di assunzione a tempo determinato di collaboratore professionale sanitario - terapeuta occupazionale indetto da Montecatone R.I. S.p.a, con **scadenza il 02/04/2015**.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL in sede di controllo verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:

cognome e nome [redacted]

via / n. / CAP [redacted]

Comune [redacted] Telefono/Cellulare [redacted]

di essere in possesso della cittadinanza [redacted]

(indicare la nazionalità)

per i cittadini italiani - barrare una sola opzione

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di [redacted]

(indicare Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

[redacted]

(indicare motivo della non iscrizione)

Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea):

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

barrare una sola opzione

di NON AVERE riportato condanne penali

di AVERE riportato le seguenti condanne penali: _____

(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione:

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Titolo di studio _____

conseguito il _____ presso _____

(barrare una sola opzione)

di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;

di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni e/o amministrazioni private *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*;

Indicare la cause di risoluzione _____

di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni e/o amministrazioni private *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*;


(barrare casella solo in caso di diritto)

di AVERE DIRITTO alla riserva di posti, ovvero di avere diritto alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: _____

(allegare la documentazione probatoria)

di AVERE DIRITTO alla riserva di posti per il seguente motivo (es. L.68/99 -Tutela disabili, art.18 D. Lgs. 215/01 o art. 11 D.Lgs. n. 236/03 - volontario FFAA) :


(allegare la documentazione probatoria)

di AVERE DIRITTO alla preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 comma 3 punto 4) DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente motivo: : 



(allegare la documentazione probatoria)

(barrare casella solo in caso di diritto)

di AVERE NECESSITÀ in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della L. 104/92 del seguente ausilio: 

(indicare il tipo di ausilio necessario)

e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.

Il/la sottoscritto/a presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato. Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Data

Firma in originale

(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura.)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido.