



FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE AL BANDO PUBBLICO DI SELEZIONE

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____,

nato/a a _____

il _____,

residente a _____

in via _____ n. _____,

e mail personale

Recapito telefonico

porge

domanda per essere ammesso/a al bando pubblico di selezione pubblico, per titoli ed esami, esclusivamente riservato alle persone disabili di cui all'art. 1 c. 1 della legge 12.03.1999 n. 68, per la copertura di n. 1 posti di Impiegato di Concetto – cat. C da destinare ad attività di supporto alla Comunicazione esterna di un Ospedale di riabilitazione, indetto da Montecatone R.I. Spa.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o _____ (se del caso, dichiarare il possesso di altra cittadinanza equivalente);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);
- di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari _____ (se espletato indicare qualifica, periodo e struttura nei quali il servizio è stato prestato);
- di avere/non avere riportato condanne penali * (in caso affermativo specificare quali **);
- di appartenere alle categorie di cui all'art. 1 c.1 della Legge n. 68/1999 (categoria protetta DISABILI); come da certificazione o dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 445/2000) allegata;
- di avere/non avere * necessità di ausili per l'espletamento delle prove in relazione al proprio handicap, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi da accertarsi da parte dell'organo sanitario competente ***;
- di essere in possesso del diploma di

conseguito in data _____

presso _____;

- di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni * (in caso affermativo specificare la qualifica, i periodi e gli eventuali motivi di cessazione);



- di avere/non avere diritto a precedenza o preferenza all'assunzione * (D.P.R. 487/94, L. 191/98 art. 2 comma 9);
- di voler scegliere, tra le lingue indicate nel bando, la seguente: _____;
- di essere disponibile a svolgere attività di supporto alla Comunicazione esterna di un Ospedale di riabilitazione;
- di indicare come segue il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente bando pubblico di selezione:

Sig. _____ Via/P.za/C.so _____ (C.A.P.) _____
Città _____

_____ (Prov. _____) Tel. _____ e mail _____

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data (firma per esteso)

*** omettere la dicitura che non interessa**

**** indicare le condanne penali riportate, la data della sentenza e l'autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, ecc., nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti**

***** indicare tipologia di ausili e tempi aggiuntivi**



Facsimile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

L. 183 del 12.11.2011

Il/la sottoscritto/a

(cognome) (nome)

nato a _____ (____) il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell'art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

D I C H I A R A:

- di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio (1): _____
- di aver partecipato ai seguenti corsi (2): _____
- di aver prestato i seguenti servizi (3): _____
- che le copie delle seguenti pubblicazioni e/o altri titoli, allegati, alla presente dichiarazione e di seguito elencati, sono conformi agli originali: _____

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

(Gli interessati devono allegare una copia non autenticata del proprio documento di riconoscimento in corso di validità).

Note per la compilazione:

1) Si intendono titoli di studio ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'accesso al profilo. Qualora l'interessato dichiara di avere conseguito titolo di studio, qualifiche, specializzazioni, abilitazioni, dovrà dichiarare anche data, luogo, istituto di conseguimento.

2) Qualora l'interessato dichiara la partecipazione a corsi, convegni, congressi o seminari, dovrà indicare l'oggetto degli stessi, la Società o Ente organizzatore, le date in cui si sono svolti, la durata, se il dichiarante vi ha partecipato in qualità di uditore o relatore e se era previsto un esame finale.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto di Montecatone

Ospedale di riabilitazione

MONTECATONE
REHABILITATION INSTITUTE S.p.A.

3) Qualora l'interessato dichiara di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni, presso case di cura convenzionate o accreditate o presso privati, dovrà indicare: denominazione completa della pubblica amministrazione o della casa di cura o del privato presso cui ha prestato servizio, la qualifica rivestita, il periodo in cui ha prestato servizio (indicare la data di inizio e fine servizio), le eventuali interruzioni (aspettative, congedi, ecc.) con indicazione dei periodi, la tipologia di rapporto

di lavoro (libero-professionale, convenzionato o dipendente; in quest'ultimo caso indicare se si tratta di rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, a tempo pieno a part-time). In caso di servizio presso case di cura convenzionate o accreditate indicare se il rapporto di lavoro è continuativo. Qualora il servizio sia prestato presso aziende o enti del servizio sanitario nazionale, indicare se ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/1979, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto. In caso positivo, deve essere precisata la misura della riduzione del punteggio.

Via Montecatone n. 37 – 40026 Imola (BO) Italy
Tel. +39 0542.632811 - Fax +39 0542.632805
Capitale Sociale €4.644.000,00 i.v.
N. Registro Imprese, P.IVA e Codice Fiscale: 01789031208
R.e.a. BO n. 388962
www.montecatone.com
email: montecatone@montecatone.com
Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento da parte dell'Azienda USL di Imola



UNI EN ISO 9001:2008