

FAC SIMILE DI DOMANDA

**OGGETTO: AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER TITOLI E COLLOQUIO PER N.80 POSTI DI
OPERATORE SOCIO SANITARIO – CATEGORIA B – LIVELLO SUPER.**

Al Direttore Generale

dell' Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

Via Ospedale 54

Cagliari

Il sottoscritto _____, codice fiscale _____, n.
tel _____ chiede di essere ammesso alla selezione in oggetto.

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del DPR n. 445 del
28.2.2000:

a) di essere nato a _____ il _____

b) di essere residente a: _____ Via _____ n° _____

c) di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero _____;

d) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

e) di avere/non aver riportato condanne penali

f) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

g) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____;

h) di avere/non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni _____

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	TEMPO INDET./DET

CASA DI CURA/ ENTE				
PRIVATO				

i) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, ai fini della gestione del presente concorso, ai sensi della L.n.675/1996.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. _____

Via _____ n° _____

C.a.p. _____ città _____ Prov. _____

Telefono _____

DICHIARA INOLTRE

Che i documenti allegati, elencati nell' allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali i sensi dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____, il _____,
codice fiscale _____ consapevole, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00, delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

-di essere a conoscenza del fatto che le fotocopie dei documenti sotto elencati sono conformi agli originali di cui
è in possesso o il cui originale è depositato presso _____

- di prestare (o aver prestato) servizio con la qualifica di _____ presso (specificare se struttura
pubblica o privata) con rapporto di dipendenza a tempo pieno o con impegno orario settimanale pari a ore
_____ dal _____ al _____

- di prestare o avere prestato servizio con la qualifica di _____ con rapporto
(co.co.co; co.co.pro.; liberoprofessionale etc.) presso _____
(specificare se trattasi di struttura pubblica o privata); dal _____ al _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici
eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, a
seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del
D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a
terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Cagliari,

Il Dichiarante _____ (Da allegare obbligatoriamente alla dichiarazione fotocopia di un
documento di riconoscimento in corso di validità)