

**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 \_\_\_\_\_

<b>PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>	<b>DATA INIZIO</b>	<b>DATA FINE</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>TEMPO INDET./DET</b>

<b>CASA DI CURA/ ENTE</b>				
<b>PRIVATO</b>				

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)