

**BEWERBUNG UM ZULASSUNG ZUM ÖFFENTLICHEN WETTBEWERB ALS:
THERAPEUT/IN DES NEUROLOGISCHEN UND PSYCHOMOTORISCHEN ENTWICKLUNGSAALTERS**

Eingangsstempel	dem Amt vorbehalten
-----------------	---------------------

Alle in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 und wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

Der/Die Unterfertigte	
geboren in	am
wohnhaft in	(Prov.), PLZ
Straße	Nr.
Steuernummer	

bewirbt sich für obgenannte Stelle.

Zu diesem Zweck erklärt der/die Unterfertigte auf eigene Verantwortung folgendes:

<p>1) <input type="checkbox"/> italienische/r Staatsbürger/in, oder Staatsbürger/in des folgenden EU Staates zu sein: _____</p> <p><input type="checkbox"/> anderes, Anspruchsberechtigte laut Art. 38 des GvD Nr. 165/2001: _____ Dokument, welches obgenanntes Recht belegt, beilegen (z.B. Aufenthaltsberechtigung,....)</p>
<p>2) <input type="checkbox"/> dass er/sie in den Wählerlisten der Gemeinde _____ eingetragen ist</p> <p><input type="checkbox"/> dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist: _____.</p>

3) dass er/sie nie strafrechtlich verurteilt worden ist und kein Strafverfahren anhängig hat;
 dass er/sie folgende Strafverfahren anhängig hat: _____
 dass gegen ihn/sie folgende Strafurteile ausgesprochen wurden: _____
(es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurde)

4) dass er/sie im Südtiroler Sanitätsbetrieb Dienst leistet /geleistet hat und zwar im Gesundheitsbezirk _____

5) dass er/sie nie vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder nie eine Stelle bei einer öffentlichen Verwaltung verloren hat oder ein öffentliches Amt bekleiden darf;
 dass er/sie aus folgenden Gründen vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder die Stelle verloren hat oder kein öffentliches Amt bekleiden darf: _____;

6) (nur für männliche Bewerber): dass er die Wehrpflicht erfüllt hat:
 Militärdienst Zivildienst vom _____ bis _____
 dass er die Wehrpflicht aus folgenden Gründen nicht erfüllt hat: _____

6bis) dass er/sie zu den Kategorien der Freiwilligen der Streitkräfte, laut Art. 1014 und Art. 678 des GvD Nr. 66/2010 gehört

7) dass er/sie im Besitze der körperlichen Eignung ist;

8) dass er/sie zu den Menschen mit Behinderung laut Art. 1 des Gesetze Nr. 68 vom 12.03.1999 gehört, seit _____ (letzte Aktualisierung) Prozentsatz _____

9) dass er/sie, aufgrund seiner/ihrer Behinderung, laut Gesetz Nr. 104 vom 05.02.1992, (mit geeigneten Bescheinigungen nachzuweisen):
 mehr Zeit und/oder
 folgende Hilfsmittel für die Ausarbeitung der Prüfungsarbeiten: _____
_____ ; benötigt

dass er/sie im Besitz des Nachweises der Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache bezogen auf den Abschluss einer Sekundarschule 2. Grades bzw. Niveaustufe B2 des Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen (ehemalige Niveau „B“), welcher am _____ von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfungen der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt bzw. anerkannt wurde, ist.

10) dass er/sie im Besitz folgender Studientitel ist:
Verzeichnis der für die Zulassung erforderlichen sowie eventuell höheren Studientitel (z. B. Grundschulzeugnis, Mittelschuldiplom, Berufsbefähigungsnachweis als ..., Absolvierung von Zwischenklassen, Reifediplom als ..., Fachausbildungsdiplom für ..., Absolvierung von Prüfungen oder Semestern an Universitäten, Kurzstudiumdiplom in ..., Doktorat in ...), Schulen bzw. Anstalten, wo diese Zeugnisse erlangt worden sind, Jahr der Ausstellung, jeweilige Dauer, Stadt der Schule bzw. Anstalten

Titel/Zeugnis	Schule/Anstalt/ Einrichtung	Jahr	Normale Dauer	Stadt

11) dass er/sie im Besitze der italienischen Anerkennung des im Ausland erworbenen Studientitels ist
(Anerkennung, ausgestellt von folgender italienischen Behörde _____)

am _____, oder Anerkennung am _____ an folgender italienischen Behörde eingereicht:
_____)

12) dass alle Mitteilungen, die das vorliegende Gesuch bzw. eine evtl. Aufnahme betreffen, ausschließlich an folgende Adresse oder zertifizierte E-Mail Adresse (PEC) zu richten sind: _____ (PEC)
Straße _____ Nr. _____
Ort _____ PLZ _____ Tel. Nr. _____ / _____

13) dass er/sie im Sinne und für die Belange des Art. 20 des D.P.R. vom 26.07.1976, Nr. 752 die vorgesehenen Prüfungen in folgender Sprache ablegen will: italienisch deutsch

Der/die Unterfertigte/r erklärt, dass er/sie in folgenden Rangordnungen eigetragen werden möchte (der Kandidat kann einen oder mehrere Bezirke ankreuzen)

- Gesundheitsbezirk Bozen Gesundheitsbezirk Brixen
 Gesundheitsbezirk Meran Gesundheitsbezirk Bruneck

Der/die Unterfertigte/r erklärt weiters,

- dass er/sie **auch** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht.
 dass er/sie **nur** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht
 dass er/sie **überhaupt nicht** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht

Der/die Unterfertigte/r erklärt weiters, dass er/sie für **Ersatzaufträge** und/oder **befristete Aufträge** zur Verfügung steht:

- Vollzeit** **auch** Teilzeit **nur** Teilzeit

Datum _____ **Unterschrift:** _____

_____, zuständige/r Beamter/in für den Empfang bestätigt, dass die Bewerbung in seiner/ihrer Anwesenheit unterzeichnet und dass der/diejenige, welche/r die Bewerbung eingereicht hat, mit _____ identifiziert wurde.

Unterschrift des Beauftragten: _____

Dem Ansuchen müssen auf jeden Fall folgende Dokumente beigelegt werden:

- Fotokopie eines gültigen Ausweises
- Bescheinigung der Zugehörigkeit oder der Zuordnung zu einer der drei Sprachgruppen (siehe Punkt 4 Buchstabe b) der Wettbewerbsausschreibung)
Für jene Bewerber/Innen, welche nicht in der Provinz Bozen ansässig sind:
 - Die/Der Unterfertigte erklärt, nicht in der Provinz Bozen ansässig zu sein und demzufolge vom Recht Gebrauch zu machen, bis zu Beginn der ersten Wettbewerbsprüfung die Erklärung über die Zugehörigkeit oder Angliederung zu einer der drei Sprachgruppen abzugeben und die entsprechende Bescheinigung vorzulegen
- Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst und mit Datum und Unterschrift versehen
- Anstelle von Erklärungen fügt der/die Unterfertigte diesem Ansuchen _____ Dokumente bei, die in einem eigenen Verzeichnis in doppelter Ausfertigung aufgelistet sind.

Rechtsinhaber der Daten ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb. Die übermittelten Daten werden vom Südtiroler Sanitätsbetrieb, auch in elektronischer Form, verarbeitet. Die Daten müssen bereitgestellt werden, um die angeforderten Verwaltungsaufgaben abwickeln zu können. Bei Verweigerung der erforderlichen Daten können die vorgebrachten Anforderungen oder Anträge nicht verarbeitet werden.

Der/Die Antragsteller/Antragstellerin erhält auf Anfrage gemäß Artikel 7-10 des Lgs. D. Nr. 196/2003 Zugang zu seinen/ihren Daten, Auszüge und Auskunft darüber und kann deren Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, verlangen.

Die Unterzeichnung der gegenständlichen Bewerbung mit den Ersatzerklärungen laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 unterliegt dann nicht der Beglaubigung, wenn die Bewerbung in Anwesenheit des dieses in Empfang nehmenden zuständigen Beamten unterzeichnet wird, bzw. wenn die Bewerbung samt einer ebenfalls nicht beglaubigten Fotokopie des Personalausweises des/der Bewerbers/in eingereicht wird

DEM AMT VORBEHALTEN:

- Zugangsvoraussetzungen erfüllt;
 Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt, da: _____

Anlage 1

Verzeichnis der der Bewerbung beigelegten Dokumente:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	

Sich der vorgesehenen Strafen bewusst, welche im Falle falscher Erklärungen gegen Sie/Ihn angewandt werden (laut D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, Artikel 76) auf eigene Verantwortung erklärt Sie/Er, dass die Fotokopien, die zusammen mit dieser Auflistung beigelegt sind, den Originalen in meinem Besitze entsprechen

Datum und Unterschrift

Name und Nachname _____

Bei folgender Öffentlicher Verwaltung Dienst leisten/ Dienst geleistet zu haben (der Dienst beim Südtiroler Sanitätsbetrieb ist nicht anzugeben; es ist ausreichend Punkt 4 anzukreuzen)

Körperschaft / Verwaltung	Zeitraum	Berufsbild	Funktions- ebene	Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.)	Arbeitszeitverhältnis (Voll- oder Teilzeit mit Prozentsatz, Gesamtanzahl der Stunden für Freiberufler)
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				

EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN

Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis

Datum und Unterschrift: _____

Ersatzerklärungen laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000

Name und Nachname _____

Bei folgendem Privaten Arbeitgeber Dienst leisten / Dienst geleistet zu haben:

Arbeitgeber / Firma	Zeitraum	Berufsbild	Funktions- ebene	Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.)	Arbeitszeitverhältnis (Vollzeit oder Teilzeit mit Prozentsatz)
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				

EVENTUELLE WARTESTÄNDE ODER UNTERBRECHUNGEN SIND GENAU ANZUGEBEN

Grund:	vom	bis
Grund:	vom	bis

Datum und Unterschrift: _____

Eigenerklärung Zwecks Anwendung der Vorzugstitel bei Punktegleichheit in einer Rangordnung

(Art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

Name/ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Betreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> dass er/sie kinderlos ist
<input type="checkbox"/> dass er/sie _____ Kinder hat, davon _____ zu Lasten; Alter _____
<input type="checkbox"/> jene, die freiwillig Militärdienst bei den Streitkräften geleistete haben und am Ende ihrer Verpflichtung oder Wiederverpflichtung ohne Tadel entlassen wurden
<input type="checkbox"/> jene, die den Militärdienst als Frontkämpfer geleistet haben
<input type="checkbox"/> mit militärischem Orden Ausgezeichnet
<input type="checkbox"/> Kriegsversehrte und -invaliden als ehemalige Frontkämpfer
<input type="checkbox"/> Versehrtheit und Invalidität durch Kriegseinwirkungen verursacht wurde
<input type="checkbox"/> Arbeitsversehrt und -invalide des öffentlichen und privaten Sektors;
<input type="checkbox"/> Kriegswaise
<input type="checkbox"/> Waise der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/> Waisen der aus Arbeitsgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben Gekommen;
<input type="checkbox"/> im Kampf Verwundet
<input type="checkbox"/> mit dem Kriegskreuz oder einer anderen Kriegsdienstehrerung Ausgezeichnet, sowie Oberhaupt einer kinderreichen Familie;
<input type="checkbox"/> Kind der kriegsverursachten Versehrten und ehemaligen Frontkämpfer;
<input type="checkbox"/> die Kinder der kriegsverursachten Versehrten und Invaliden
<input type="checkbox"/> Kind der Arbeitsversehrten und -invaliden im öffentlichen und privaten Sektor
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie die verwitwetes oder lediges Geschwister der Kriegsgefallenen
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder lediges Geschwister der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder ledige Geschwister der aus Dienstgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben Gekommenen
<input type="checkbox"/> jene, die lobenswerten Dienst, wie immer auch die Auszeichnung sei, für mindestens ein Jahr in der Verwaltung geleistet haben für die der Wettbewerb ausgeschrieben ist
<input type="checkbox"/> Zivilversehrt und -invalide

Datum und Unterschrift: _____

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:
 TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA**

Timbro di pervenuto	Riservato all'ufficio
---------------------	-----------------------

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a	
nato a	il
domiciliato/a a	(prov.) C.A.P.
Via	n.
codice fiscale	

fa domanda per il posto succitato

ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

1) <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a/, o cittadino/a del seguente stato membro dell'UE: _____ <input type="checkbox"/> altro, avente diritto ai sensi del art. 38 del D.Lgs n. 165/2001: _____ allegare documento che attesti il diritto di cui sopra (es. permesso di soggiorno,...)
2) <input type="checkbox"/> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ <input type="checkbox"/> di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi: _____

3) di non avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;
 di essere sottoposto al seguente procedimento penale: _____
 di aver riportato le seguenti condanne penali: _____
(sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale)

4) di prestare o di aver prestato servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige presso il C.S di _____;

5) di non essere mai stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni
 di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per il seguente motivo: _____;

6) (solo per candidati maschili): di aver assolto gli obblighi militari:
 servizio militare servizio civile dal _____ al _____
 di **non** aver assolto gli obblighi militari per il seguente motivo: _____

6bis) di appartenere alle categorie dei volontari delle Forze Armate, ai sensi del art. 1014 e art. 678 del D.Lgs. 66/2010

7) di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

8) di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68 del 12.03.1999 dalla data _____ (ultimo aggiornamento) percentuale _____

9) di aver bisogno, in relazione al proprio handicap, ai sensi della legge n. 104 del 05.02.1992, (da dimostrare con apposita documentazione), di:
 tempi aggiuntivi e/o
 del seguente ausilio per lo svolgimento delle prove d'esame: _____
_____;

di essere in possesso/a dell'attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca riferito al diploma di istruzione secondaria di secondo grado ovvero livello di competenza B2 del Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue (ex livello B) rilasciato ossia riconosciuto in data _____ dall'ufficio Esami di Bilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano.

10) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio

Elencare i titoli di studio richiesti per l'ammissione al concorso, nonché eventuali ulteriori titoli (es. licenza di scuola elementare, diploma di scuola media, attestato di qualificazione professionale di ..., superamento classi intermedie, diploma di maturità di ..., diploma di specializzazione ..., superamento anni/esami universitari, diploma di laurea breve in ..., diploma di laurea in ...), l'istituto presso il quale sono stati conseguiti, l'anno di conseguimento, la relativa durata, e la città della scuola/istituto .

Titolo	scuola/istituto/ istituzione	anno	durata ufficiale	Città

11) di essere in possesso del riconoscimento italiano del diploma conseguito all'estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente _____ con data _____ o

domanda di riconoscimento inoltrato il giorno _____ al seguente ente _____)

12) che tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seguente indirizzo o indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____ (PEC)
 Via _____ n. _____
 Località _____ C.A.P. _____ n.. tel. _____ / _____

13) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere le previste prove d'esame in lingua: italiana tedesca

Di voler essere inserito nelle seguenti graduatorie: (si possono barrare uno o più comprensori a scelta del candidato)

Comprensorio Sanitario di Bolzano Comprensorio Sanitario di Merano
 Comprensorio Sanitario di Bressanone Comprensorio Sanitario di Brunico

Inoltre dichiara:

di essere **anche** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.
 di essere **solo** esclusivamente interessato/a a rapporti di lavoro a part-time
 di **non** essere **assolutamente** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.

Inoltre dichiara, di essere interessato/a a **incarichi di supplenza e/o incarichi a tempo determinato**:

tempo pieno **anche part-time** **solo** esclusivamente part-time

Data _____ **Firma** _____

_____, responsabile impiegato/a conferma per la ricevuta, che la domanda è stata firmata in sua presenza e che il candidato/a, che ha presentato/a la domanda, è stato/a identificato/a con _____.

Firma dell'incaricato: _____

In ogni caso alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppo linguistici (vedi punto 4 lettera b) del bando di concorso)

Per le candidate/i candidati non residenti in Provincia di Bolzano:

La/Il sottoscritta/o dichiara di non essere residente in Provincia di Bolzano ed intende pertanto avvalersi del diritto di rendere la dichiarazione di appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici e di presentare la relativa certificazione fino all'inizio della prima prova concorsuale

- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato
- Al posto degli originali il sottoscritto allega alla presente domanda nr. _____ copie dei documenti descritti nell'elenco precedente.

Titolare dei dati è l'Azienda Sanitari dell'Alto Adige. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione dell'Azienda Sanitari anche in forma elettronica, per l'applicazione del regolamento di esecuzione n. 20 del 30.05.2003.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

In base agli articoli 7-10 del D.Lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone agli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

La sottoscrizione della presente domanda con le dichiarazioni sostitutive ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 non deve essere autenticata, se la presente domanda viene sottoscritta davanti al responsabile impiegato, risp. se la domanda viene consegnata accompagnata da una fotocopia della carta d'identità del candidato

RISERVATO ALL'UFFICIO:

corrisponde ai requisiti di accesso;
 non corrisponde ai requisiti di accesso, poichè: _____

Elenco dei documenti allegati:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nel elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso

Data e firma

Nome e Cognome _____

Di aver / di prestare servizio presso i seguenti enti pubblici :(non serve indicare il servizio presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, è sufficiente barrare punto 4)

Ente pubblico	Periodo	Profilo professionale	Qualifica funzionale	Rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore...)	Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale, numero complessivo delle ore per liberi professionisti)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal	al
motivo:	dal	al

Data e firma: _____

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

Nome e Cognome _____

di aver / di prestare servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

Datore di lavoro/ditta	periodo	profilo professionale	qualifica funzionale	rapporto di lavoro (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.)	Orario di lavoro (tempo pieno o part-time con percentuale)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

EVENTUALI PERIODI DI ASPETTATIVA O INTERRUZIONI DI SERVIZIO SONO DA SPECIFICARE

motivo:	dal _____	al _____
motivo:	dal _____	al _____

Data e firma: _____

Dichiarazione ai fini dell'applicazione delle preferenze a parità di merito in una graduatoria
(art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

Nome / Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Segnare con crocetta

<input type="checkbox"/> di non avere figli
<input type="checkbox"/> di avere _____ figli, di cui _____ figli a carico, età _____
<input type="checkbox"/> militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma
<input type="checkbox"/> colore che abbiano prestato servizio militare come combattenti
<input type="checkbox"/> insignito/a di medaglia al valore militare
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a di guerra ex combattenti
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> orfano/a di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti pe fatto di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> ferito/a in combattimento
<input type="checkbox"/> insignito/a di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonchè i capi di famiglia numerosa;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione che ha indetto il concorso
<input type="checkbox"/> invalido/a ed mutilato/a civile

Data e firma: _____