

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore dell'Area Vasta n. 1
Uffici Amministrativi di Fano
Via Ceccarini n. 38
61032 Fano (PU)

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso per il conferimento di **incarichi a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva cat. D.**

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____ tel. _____;
- 3) di essere in possesso:
 - Della cittadinanza italiana
 - Della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - Della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - Dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - Dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4)- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (prov.) _____ (indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione);
- 5)- di non avere riportato condanne penali (in caso positivo, indicare quali);
- 6) di essere in possesso del seguente **requisiti specifici di ammissione:**
 - **Diploma** di _____ conseguito il _____ presso _____
 - di essere iscritto/a all'albo professionale _____ della provincia di _____ al numero di posizione _____ dal _____
- 7) di non aver prestato servizi presso pubbliche amministrazioni;
- 8) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:

Ente	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto (*)	Cause di risoluzione
	Dal	Al			

(*) **indicare se di ruolo, supplente, incaricato, straordinario e se a tempo pieno, tempo parziale part-time con indicazione dell'orario effettuato.**

9) di trovarsi nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione _____ ;

10) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;

Chiede inoltre che ogni eventuale comunicazione inerente la selezione (se diverso dalla residenza) venga fatta al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____

Località _____ Prov. _____ CAP _____

Recapiti telefonici _____

Allega:

- **fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**
- un elenco con indicati tutti i documenti e titoli prodotti (presentati in originale o autocertificati);
- curriculum formativo professionale datato e firmato.

Data, _____

FIRMA
