

FAC-SIMILE DOMANDA

(Compilare in stampatello)

All' ARTA Abruzzo
Area Amministrativa
Viale Marconi, n. 49
65126 Pescara

Il/la sottoscritt_

(cognome)

(nome)

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare all' Avviso di selezione, per titoli ed esami, per la copertura di

n. 1 posto di **Collaboratore Amministrativo Professionale** a tempo determinato e pieno – Categoria D fascia economica iniziale CCNL Comparto Sanità.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali applicabili in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità (**compilare adeguatamente gli spazi tratteggiati e barrare le opzioni contrassegnate con cerchietto o quadratino**):

1) di essere nat_ a Prov.
il

2) di essere residente a..... Prov.
via n.....

3) di essere in possesso della cittadinanza
.....(indicare se italiana; se diversa specificare

di quale Stato estero membro dell'Unione Europea o non);

4) di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza;

5) di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di
.....

di non essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di
..... per i seguenti motivi:.....

6) di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non essere stato sottoposto a sentenza di applicazione della pena su richiesta né di avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;

di avere riportato le seguenti condanne penali o di essere stato sottoposto a sentenza di applicazione della pena su richiesta per i sotto elencati reati o di avere i seguenti procedimenti penali a carico in corso:

.....
7) di non essere stato escluso dall' elettorato attivo e non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni ovvero licenziato ai sensi delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

8) di aver effettuato il servizio militare di leva o servizio civile sostitutivo dal
.....al.....(giorno,mese,anno)presso.....

.....con mansioni di.....

ovvero di trovarsi nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva

9) di possedere conoscenze informatiche di base e della seguente lingua straniera:

.....;

10) Di possedere il seguente titolo di studio:

Diploma di Laurea (secondo il previgente ordinamento universitario)

in.....

conseguito il



presso
con votazione...../.....

Laurea specialistica/magistrale (conseguita secondo il vigente ordinamento universitario) in..... appartenente alla classe..... conseguita il presso
.....con votazione...../.....

11) di aver prestato i seguenti servizi:

- con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione
.....
dal.....al.....(giorno,mese,anno) con
qualifica..... livello
/categoria.....CCNL.....
causa risoluzione.....

12) di possedere esperienza pregressa documentata nelle attività indicate dall' Avviso;
 di non possedere esperienza pregressa documentata nelle attività indicate dall'avviso;

13) di possedere la patente di guida per autoveicoli di tipo B;

14) di aver bisogno del seguente ausilio e di tempi aggiuntivi
..... per lo svolgimento della prova pratica/orale
(nei casi previsti dall' art.20 della L.104/92);

15) di essere in possesso del seguente titolo che dà diritto a riserva, precedenza o a preferenza:
.....

16) di possedere i seguenti ulteriori titoli:.....

Il/la sottoscritt_:

allega alla presente domanda:

(n.b. contrassegnare con una X i documenti allegati):

- elenco in carta semplice dei documenti presentati, datato e firmato con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante la conformità



delle copie dei documenti presentati agli originali, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n.445/2000;

- fotocopia fronte-retro del proprio documento di identità;
- curriculum formativo e professionale redatto in carta libera sotto forma di dichiarazione sostitutiva prevista dall'art. 47 del DPR n. 445/2000, datato e firmato;
- pubblicazioni edite a stampa (ove esistenti), allegare in originale o in copia conforme ai sensi degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000;
- certificazione medico-sanitaria che attesti l'handicap posseduto e la quantificazione dei tempi aggiuntivi per il riconoscimento dei benefici di cui alla L.104/1992; (nei casi previsti dall' art.20 della L.104/92);
- altra documentazione.....

DICHIARA

di aver preso visione del presente avviso e di accettare, senza riserva alcuna, tutte le condizioni e prescrizioni contenute nell' Avviso di selezione.

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC, impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive:

PEC personale:

Vian.....,Città.....

Prov. CAP Tel

La presentazione della presente domanda di partecipazione all'avviso in oggetto implica il consenso al trattamento dei propri dati personali ex D.lgs. 196/03 e GDPR 2016/679.

Data

(FIRMA)

