

SCHEMA DI DOMANDA

Al Legale Rappresentante
A.S.P. di Trapani
risorse.umane@pec.asptrapani.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a il _____ a _____ (provincia di _____)
residente in _____ (provincia di _____)
Via/Piazza _____ n. _____ (CAP _____)
tel. _____ indirizzo posta elettronica certificata _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura selettiva per la copertura di n. 3 posti del profilo professionale di Dirigente Amministrativo disciplina //////// a tempo pieno ed indeterminato, mediante utilizzo di graduatorie finali di merito, in corso di validità, approvate da altre Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per il medesimo profilo professionale, il cui avviso risulta pubblicato da codesta Azienda Sanitaria, sulla G.U.R.I. 4^a Serie Speciale – Concorsi ed Esami n. 72 del 15 settembre 2020.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. di essere nato/a il _____ a _____
(Provincia _____) CF _____
2. di essere residente in _____ (Provincia _____)
Via/Piazza _____ n. _____
(CAP _____)
3. di essere in possesso della cittadinanza _____
4. di (essere/non essere) _____ iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
(in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi)

5. di (avere/non avere) _____ riportato condanne penali e di (essere/non essere) _____ a conoscenza di procedimenti penali pendenti (in caso affermativo specificare le condanne riportate o gli eventuali procedimenti penali pendenti)

6. di (essere/non essere) _____ stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento;
7. di (essere/non essere) _____ stato dichiarato decaduto da un impiego presso una P.A. per conseguimento dell'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
8. di (essere/non essere) _____ stato licenziato ai sensi delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al comparto di appartenenza;
9. di (avere/non avere) _____ la piena idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al profilo cui si ricorre senza alcuna limitazione o prescrizione;
10. di essere collocato/a tra gli idonei non assunti in una graduatoria finale di merito, in corso di validità, approvata nel triennio precedente alla data di scadenza del termine di presentazione della presente istanza e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre 2019, relativa a concorso pubblico, per la copertura di posti a tempo pieno e indeterminato nel Profilo Professionale di _____ disciplina _____, di cui si forniscono i seguenti dati:
- Denominazione Azienda/Ente del S.S.N. _____
 - Sede legale Azienda/Ente del S.S.N. _____
 - Indirizzo P.E.C. Azienda/Ente del S.S.N. _____
 - Numero e Data Provvedimento di Approvazione della graduatoria _____
 - Posizione occupata nella graduatoria _____
11. di accettare, in caso di assunzione, di essere sottoposto al vincolo di permanenza per un periodo non inferiore a cinque anni presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, rinunciando a richiedere in tale periodo l'applicazione degli istituti di mobilità, comando o altro istituto analogo presso diversa Pubblica Amministrazione.

Il recapito telefonico e l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale presso cui inviare ogni comunicazione relativa alla presente procedura sono i seguenti:

tel. _____ indirizzo P.E.C. _____

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati da parte dell'ASP di Trapani nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. nonché del Regolamento UE n. 679/2016 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Infine, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare senza riserva tutte le prescrizioni e precisazioni dell'Avviso di Manifestazione di interesse e tutte le norme in esso richiamate.

Si allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____ firma non autenticata _____