

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASP "LA QUIETE"
VIA S. AGOSTINO 7
33100 UDINE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, PER SOLI ESAMI, PER L'ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI UN ASSISTENTE AMMINISTRATIVO (AREA DEGLI ASSISTENTI CCNL SANITÀ PUBBLICA)

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione relativa all'Avviso pubblico a tempo indeterminato e pieno, per la copertura di n. 1 posto di assistente amministrativo (Area degli assistenti- CCNL Sanità Pubblica) approvato con determinazione dirigenziale n. 67 del 28.03.2025.

A tal fine, sotto propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni

DICHIARA

1. di essere nato/ail.....
.....
2. di risiedere a.....via/piazza.....
.....n.
3. recapito telefonico..... cellulare
PEOPEC
codice fiscale
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana (se non in possesso della cittadinanza italiana indicare la cittadinanza):.....
5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di
6. di non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione ed il proseguimento del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione;
7. di godere dei diritti civili e politici..... (indicare il Paese)
8. di non essere mai stata/o dispensata/o o destituita/o o licenziata/o dal servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
9. di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;
10. di essere fisicamente idoneo/a alle mansioni da ricoprire;

REQUISITI SPECIFICI

11. di essere in possesso del seguente titolo di studio Diploma di istruzione secondaria di secondo grado e di durata quinquennaleconseguito presso..... in data con votazione di

ovvero

di essere in possesso della dichiarazione di equivalenza del proprio titolo di studio straniero ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 rilasciata in data dalla competente autorità

italiana

ovvero

di aver avviato la procedura di richiesta di equivalenza del proprio titolo di studio straniero ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 165/2001 in data

12. (eventuale) di essere in possesso del seguente ulteriore titolo di studio.....

13. di aver maturato almeno sei mesi di esperienza professionale realizzata nell'ambito di un rapporto di impiego, sia in regime di assunzione diretta che somministrata, acquisita nell'ambito dei servizi amministrativi di pubbliche amministrazioni operanti in ambito socio assistenziale come di seguito riportato

Il/la sottoscritta inoltre:

1. accetta senza riserve tutte le condizioni stabilite nel bando relativo all'Avviso di selezione, per la copertura di n. 1 posto di assistente amministrativo (Area degli assistenti- CCNL Sanità Pubblica) approvato con determinazione dirigenziale n. 67 del 28.03.2025;
2. **prende atto che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura selettiva sono effettuate, ad ogni effetto, esclusivamente attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale e/o sul portale InPA.gov.it;**
3. manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.lgs. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti, per le finalità e nei limiti di cui al bando di selezione, nella consapevolezza che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione;
4. allega alla presente domanda:
 - (a) *curriculum vitae*, datato e firmato, nel quale dovranno essere dichiarati i propri titoli di studio, di servizio e di carriera, con particolare riferimento alle specifiche qualificazioni ed esperienze professionali maturate;
 - (b) copia di un documento di identità in corso di validità;
 - (c) ricevuta di versamento della tassa di concorso
5. comunica che l'indirizzo digitale al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso, è il seguente:
PECPEO

data _____

Firma _____

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (*)

Sottoscritta da maggiorenne con capacità di agire
Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000

Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Addìdel mesedell'anno.....

il/la sottoscritto/a

nato/a ail.....

residente ain via/piazza.....n.....

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art.46 D.P.R. 445 del
28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Esente da imposta di bollo ai sensi art.37 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e 14 tab. B DPR 642/72

IL/LA DICHIARANTE

(*) da utilizzare per autocertificare tutti i requisiti generali ed il titolo di studio

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ()**
Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Addìdel mesedell'anno.....

il/la sottoscritto/a

nato/a ail.....

residente ain via/piazza.....n.....

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza di quanto disposto dall'art.47 D.P.R. 445 del
28.12.2000 e dall'art. 495 del C.P.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Esente da imposta di bollo ai sensi art.37 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e 14 tab. B DPR 642/72

IL/LA DICHIARANTE



(**) da utilizzare per autocertificare il requisito specifico dell'esperienza lavorativa