

Spett.le  
Ufficio assunzioni e concorsi  
del Comprensorio Sanitario di Brunico  
Via Ospedale 11

39031 Brunico (BZ)

**Domanda di inserimento nella graduatoria per l'assunzione temporanea nel servizio del Comprensorio Sanitario di Brunico**

(in carta libera)

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**c h i e d e**

l'inserimento nella graduatoria per l'assunzione temporanea nel servizio del Comprensorio Sanitario di Brunico quale:

1. figura professionale \_\_\_\_\_

2. tipo di rapporto  tempo pieno  tempo parziale  entrambi

e dichiara ai sensi delle norme della legge 28-12-2000, n. 445, sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni saranno a lui/lei applicate le pene previste dal codice penale nonché dalle leggi speciali in materia, quanto segue

3. di essere cittadino \_\_\_\_\_

4. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_

5. di aver riportato condanne penali comportanti quale pena accessoria l'interdizione dai pubblici uffici  sì  no

6. gruppo linguistico\* (vedasi nota in calce)

\*) **IMPORTANTE:**

Il/la candidato/a è tenuto/a a certificare l'appartenenza o l'aggregazione ad uno dei 3 gruppi linguistici nel seguente modo (**pena l'esclusione dal procedimento**):

**Candidati residenti in provincia di Bolzano:**

Certificazione in plico chiuso rilasciata ai sensi del comma 3, art. 20ter del D.P.R. 26 luglio 1976, n. 752. Tale certificazione non può essere di data anteriore a sei mesi dal termine per la presentazione delle domande. È precluso ai cittadini italiani residenti in Provincia di Bolzano di comprovare l'appartenenza o l'aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici mediante autocertificazione.

**Candidati non residenti in provincia di Bolzano:**

Dichiarazione sostitutiva sull'appartenenza ovvero aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici in plico chiuso di data non anteriore a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La dichiarazione sostitutiva deve essere fatta su apposito modulo disponibile presso questa amministrazione.

7. di essere in possesso del seguente titolo di studio – diploma professionale richiesto per l'inserimento in graduatoria

denominazione del titolo – del diploma \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

8. di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione

denominazione della disciplina \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

9. di essere in possesso del seguente certificato di abilitazione (esame di stato sostenuto) all'esercizio della professione

denominazione della professione \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

10. di essere iscritto nel seguente albo professionale – nel seguente ordine professionale

denominazione dell'albo professionale – ordine professionale \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_

numero d'iscrizione \_\_\_\_\_

iscrizione dal \_\_\_\_\_

11. di essere in possesso del seguente attestato di bilinguismo

per la carriera \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_

12. di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni e imprese private: (indicare anche i servizi esteri riconosciuti);  
(l/le dirigenti sanitari/sanitarie devono indicare anche la relativa disciplina).

figura professionale	ente o amministrazione datore di lavoro	qualifica funzionale	periodo		tipo di rapporto		numero delle ore settimanali
			dal	al	indeterminato (in posizione di ruolo)	determinato (non di ruolo)	

13. di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari o civili

assolto

non assolto

esonerato

14. di appartenere alla seguente categoria protetta

denominazione della categoria \_\_\_\_\_

grado di invalidità /categoria \_\_\_\_\_

15. di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza o precedenza (vedi allegato)

denominazione del titolo \_\_\_\_\_

denominazione del titolo \_\_\_\_\_

denominazione del titolo \_\_\_\_\_

16. di essere utilmente collocato/a in una graduatoria valida presso il Comprensorio Sanitario di Brunico per la figura professionale di cui al punto 1

si

no

17. di aver ottenuto l' idoneità professionale all'assunzione a tempo determinato presso il Comprensorio Sanitario di Brunico per la figura professionale di cui al punto 1

si

no

18. di aver superato il periodo di prova per l'assunzione a tempo determinato presso il Comprensorio Sanitario di Brunico nella figura professionale di cui al punto 1

si

no

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Indirizzo e n. di telefono

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega:

1. curriculum formativo e professionale riassuntivo

2. estratto dell'ufficio di lavoro

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

.....  
(data)

.....  
(firma)

Allegato al modulo: lista dei titoli di preferenza a parità di merito (DPR n. 487/1994)

## **NOTE**

- 1. La domanda viene presa in considerazione solamente qualora compilata correttamente in ogni sua parte e recante la data e la sottoscrizione del/la candidato/a.**
- 2. Il/La candidato/a è consapevole che i dati sopraindicati saranno trattati dal Comprensorio Sanitario di Brunico ai fini dell'eventuale assunzione e degli adempimenti di legge ad essa connessi ai sensi della legge 675/1996 e successive modificazioni ed integrazioni.**
- 3. Il curriculum riassuntivo (datato e firmato dal/la candidato/a) forma parte integrante e deve essere allegato alla domanda.**
- 4. Alla domanda deve essere allegata una copia fotostatica semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità qualora la domanda venga inviata tramite servizio postale ovvero ogni qual volta essa non venga consegnata personalmente dal/la candidato/a.**
- 5. Per ulteriori informazioni rivolgersi tra le ore 10:00 e le ore 12:00 dei giorni lavorativi all'ufficio assunzioni e concorsi del Comprensorio Sanitario di Brunico, via Ospedale 11, 39031 Brunico (tel. 0474 586027-28-36).**