

Al Direttore Generale dell'Azienda USL di

Il/la sottoscritto/atel/cell.....

cognome - nome – scrivere in stampatello)

Codice Fiscale di essere nato/a

il di essere residente a

cap.Prov.....

DATI DI CONTATTO

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura con la seguente modalità:

mediante comunicazione al seguente indirizzo:

località/città _____ via _____ n. _____ cap _____

Provincia _____

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo _____

CHIEDE

di poter partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. **4** posti di

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA – CAT. D

Per le seguenti Aziende USL dell'Area Vasta Nord:

(barrare obbligatoriamente una sola opzioni pena l'esclusione dalla selezione)

- Azienda USL di Parma
- Azienda USL di Piacenza
- Azienda USL di Reggio Emilia
- Azienda USL di Modena

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA;
- DI NON ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA

- di essere in possesso della cittadinanza U.E. (specificare quale)
- di essere familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (allegare documentazione a pena di esclusione)
- di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare documentazione a pena di esclusione)
- di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di rifugiato (allegare documentazione a pena di esclusione)

- di essere cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, titolare dello status di protezione sussidiaria (allegare documentazione a pena di esclusione)
- altro (allegare documentazione a pena di esclusione)

2

- DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
- DI NON ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI perché NON CITTADINO ITALIANO
- DI ESSERE ISCRITTO ALL'AIRE

3

- DI NON AVERE RIPORTATO CONDANNE PENALI
- DI AVERE RIPORTATO LE SEGUENTI CONDANNE PENALI (DA INDICARSI ANCHE SE E' STATA CONCESSA AMNISTIA, INDULTO, CONDONO O PERDONO GIUDIZIALE)
- DI NON AVER PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO

4

DICHIARAZIONE RIGUARDO GLI OBBLIHI MILITARI:

- assolto
- esente perché di sesso femminile
- esente perché di sesso maschile nato dopo il 31/12/1985
- congedato
- riformato

5

- DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO DALL'IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI OVVERO LICENZIATO A DECORRERE DAL 02/09/1995 (DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL PRIMO CCNL DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA')

6

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE REQUISITO SPECIFICO DI AMMISSIONE:

- Laurea in tecnico della riabilitazione psichiatrica (appartenente alla classe delle lauree delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione SNT02
- Diploma Universitario di tecnico della riabilitazione psichiatrica (conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30.12.92, n 502 e s.m.i.)
- Diploma/attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente, ai sensi delle disposizioni vigenti, al diploma universitario ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici (D.M. 27/07/2000)
- Titolo di studio conseguito all'estero (è obbligatorio allegare il decreto di riconoscimento a pena di esclusione)

Ovvero

Laurea specialistica in tecnico della riabilitazione psichiatrica (SNT/02/S)

Laurea magistrale in tecnico della riabilitazione psichiatrica (LM/SNT2)

Conseguito in data _____ presso _____ (indicare esattamente la sede ed il nominativo)

7

- DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO/ORDINE DEI TECNICI DELLA RIABILITAZIONE
Provincia di iscrizione _____
Numero di iscrizione _____

Iscrizione dal (gg/mm/aaaa)_____

- DI NON ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO/ORDINE PROFESSIONALE DEI TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PER IL SEGUENTE MOTIVO: _____

8

- DI NON AVERE MAI PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
- DI AVERE PRESTATO SERVIZIO CON RAPPORTO DI IMPIEGO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

9

- DI NON AVERE DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI
- DI AVERE DIRITTO ALLA RISERVA DEI POSTI (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)

Motivo per cui si ha diritto alla riserva dei posti: _____

10

- DI NON AVERE DIRITTO ALLA PRECEDENZA IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO
- DI AVERE DIRITTO ALLA PRECEDENZA IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)

- Genitore di figli a carico

Nome e cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

- gli insigniti di medaglia al valor militare;
- i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato,
- gli orfani di guerra;
- gli orfani dei caduti per fatto di guerra,
- gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato,
- i feriti in combattimento;
- gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerose,
- i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli vedovi o non sposati dei caduti in guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle e i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
- coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- gli invalidi e i mutilati civili;
- militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma.

- DI NON AVERE NECESSITA' DI AUSILI E/O TEMPI AGGIUNTIVI
- DI AVERE NECESSITA' DI AUSILI E/O TEMPI AGGIUNTIVI (è obbligatorio allegare documentazione probatoria)
Ho necessità dei seguenti ausili _____
Ho necessità dei seguenti tempi aggiuntivi: _____

12

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Reg. UE 2016/679

- Dichiaro di aver ricevuto e compreso l'informativa in materia di trattamento dei dati personali per finalità di gestione della presente procedura concorsuale
- DO' ESPRESSO ASSENSO al trattamento dei miei dati personali finalizzato alla gestione della procedura concorsuale nonché agli adempimenti conseguenti.

Data

Firma

CURRICULUM

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Dati anagrafici

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____ cell _____

C.F. _____

TITOLI DI STUDIO _____

Conseguito presso _____

il _____

Iscrizione all'Albo professionale/ordine della provincia di _____

dal _____ N. _____

ALTRI TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO (oltre a quello richiesto per l'ammissione al concorso)

CURRICULUM PROFESSIONALE

Indicare:

Sede di lavoro (Pubbliche Amministrazioni, Enti privati)

Qualifica

- Tecnico della riabilitazione psichiatrica categoria D (presso Aziende sanitarie)
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica categoria D (ed equivalenti presso altre Pubbliche Amministrazioni)
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica categoria D categoria Ds o con funzioni di coordinamento o con posizione organizzativa
- Militare come tecnico della riabilitazione psichiatrica categoria D
- Militare con qualifica diversa Tecnico della riabilitazione psichiatrica categoria D

Tempo Pieno (100%) o Part-Time (altra percentuale)

Periodo

Dal _____ al _____

Aziende sanitarie/Pubbliche amministrazioni

Data inizio	Data fine	Qualifica/Tipo di rapporto di lavoro	Sede di lavoro e denominazione dell'Ente	Orario di lavoro

Enti Privati

Data inizio	Data fine	Qualifica/Tipo di rapporto di lavoro	Sede di lavoro e denominazione dell'Ente	Orario di lavoro

CURRICULUM FORMATIVO

(Specificare solo i corsi post laurea - **non allegare copie**)

NEL RUOLO PREVEDERE SOLO:

- ✓ RELATORE/DOCENTE
- ✓ Uditore/DISCENTE

Data inizio	Data fine	Corso	Sede	Ore

PUBBLICAZIONI (allegare copia)

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Informato autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.L.vo 196/03 e ss.mm.ii.

Data _____

Firma _____