

**Al Direttore Generale dell'Azienda USL di .....**

Il/la sottoscritto/a .....tel/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 OBBLIGHI 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 \_\_\_\_\_