

**Al Presidente dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di Lecce
PEC: segreteria.le@pec.omceo.it**

OGGETTO: Bando di concorso pubblico, per titoli ed esami, ai fini della copertura di n. 1 posto, a tempo pieno ed indeterminato, di specialista amministrativo, Categoria B, posizione economica B1, profilo professionale di Operatore di Amministrazione.

Il/La sottoscritto/a _____

Chiede

- di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico di cui all'oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, cui fa rinvio l'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, sotto la propria responsabilità

Dichiara

- di essere nato/a a _____ provincia di _____, il _____

- Codice Fiscale _____

- di essere residente a _____ (_____)

in Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell.: _____

E-mail _____

Indirizzo di PEC _____

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le eccezioni richiamate all'ART. 1 del bando;

- di essere iscritto/a negli elenchi elettorali del Comune di _____;

(in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi

_____);

- di godere dei diritti civili e politici (in caso di mancato godimento indicarne i

motivi _____);

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

• _____ conseguito presso _____
_____ in data _____ con votazione _____;

- di possedere l'idoneità fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale oggetto del presente bando, fatte salve le eccezioni richiamate all'ART. 1 del Bando;

- di aver/ non aver prestato i seguenti servizi presso Pubbliche Amministrazioni:

-
- di possedere adeguata conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
 - di NON avere condanne penali e/o procedimenti penali pendenti che, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, ostino all'instaurazione del rapporto di impiego con le Pubbliche Amministrazioni;
 - di NON essere destinatario/a di provvedimenti di licenziamento, destituzione o dispensa dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
 - Per i candidati di sesso maschile nati entro il 31 dicembre 1985 di avere posizione regolare riguardo agli obblighi di leva;
 - di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità della presente procedura, così come previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 169 "*Codice della Privacy - Testo Unico in materia di dati personali*" e del regolamento europeo 2016/679;
 - di essere/non essere in possesso di eventuali titoli di preferenza di cui ai commi 4 e 5 dell'art 5 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 1994, n. 487, ed eventuali figli a carico. (La documentazione relativa a tale possesso dovrà essere presentata entro il termine perentorio di 7 giorni decorrenti dal giorno successivo a quello in cui hanno sostenuto la prova orale, in carta semplice attestanti il possesso dei titoli di precedenza e/o preferenza già dichiarati in domanda);
 - di individuare il seguente domicilio o recapito presso il quale deve ad ogni effetto essere recapitata ogni necessaria comunicazione relativa al bando oggetto della presente domanda:_____

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Lecce da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Richiede i seguenti benefici previsti dalla L. 104/92 e a tal fine allega certificazione relativa all'handicap:

(detta dichiarazione deve essere effettuata unicamente da coloro che intendono usufruire dei benefici di cui all'art. 20 della Legge 104/92, al fine di partecipare in condizioni di parità con gli altri candidati; il candidato disabile indichi le eventuali speciali modalità necessarie per lo svolgimento della prova d'esame).

Dichiara infine ad ogni effetto e conseguenza di legge di accettare incondizionatamente le condizioni previste dal bando di concorso e di essere consapevole delle conseguenze anche penali derivanti in caso di falsità delle dichiarazioni qui riportate.

Luogo e Data _____

In fede

Firma

Contestualmente alla domanda di ammissione al concorso il/la sottoscritto/a allega:

- a) curriculum vitae preferibilmente in formato europeo, datato e firmato, dal quale si evincono le competenze richieste per l'ammissione alla procedura concorsuale;
- b) copia fotostatica fronte/retro - non autenticata - di un documento di identità personale in corso di validità;
- c) ricevuta di versamento della tassa di concorso di € 10,00;
- d) dichiarazione sostitutiva relativa ad eventuali servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni;
- e) autocertificazione relativa al possesso dei titoli richiesti per l'ammissione al concorso;
- f) elenco di tutti i documenti presentati debitamente sottoscritto dal candidato.

Luogo e Data _____

In fede

Firma

Modello di dichiarazione dei Servizi prestati, con rapporto di lavoro subordinato, servizio presso

PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

(da presentare in carta semplice)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

DICHIARA

ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni, di aver svolto i seguenti periodi di **servizio , con rapporto di lavoro subordinato, alle dipendenze di pubbliche amministrazioni:**

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale (categoria) _____ CCNL applicato _____ Profilo Professionale: _____
Tipologia: () Tempo pieno - () Tempo parziale Orario di lavoro settimanale n. _____ ore () Tempo determinato () Tempo indeterminato
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale (categoria) _____ CCNL applicato _____ Profilo Professionale: _____
Tipologia: () Tempo pieno - () Tempo parziale Orario di lavoro settimanale n. _____ ore () Tempo determinato () Tempo indeterminato
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Ente (datore di lavoro – indicare l'esatta denominazione e sede) _____
Qualifica professionale (categoria) _____ CCNL applicato _____ Profilo Professionale: _____
Tipologia: () Tempo pieno - () Tempo parziale Orario di lavoro settimanale n. _____ ore () Tempo determinato () Tempo indeterminato
Periodo (indicare giorno, mese, anno) dal _____ al _____ corrispondente a mesi ____ di servizio

Compilare un altro modello se gli spazi non sono sufficienti.

Data, _____

Firma leggibile _____

Allegare al modello di dichiarazione fotocopia non autenticata di un documento di riconoscimento valido

Dichiarazione sostitutiva della

CERTIFICAZIONE DEL TITOLO DI STUDIO

(Art. 46 - lettera l, m, n - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a
a (_____) il _____, _____ residente a
(_____) in Via _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali
in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

DI AVERE :

• Conseguito il Diploma di Scuola Media Superiore _____
in data ____/____/____ presso _____ con il
seguito punteggio _____;

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

_____ li, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

*La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha
richiesto il certificato