

**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 C, posizione economica C1, profilo professionale di collaboratore 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. _____ CAP _____

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 dei seguenti titoli di studio di cui all'art. 1 punto 7) del bando:

• _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con votazione _____ della durata di anni _____;

• _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con votazione _____ della durata di anni _____;

• _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con votazione _____ della durata di anni _____;

- 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 punto 10) 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 avere adeguata conoscenza della lingua inglese;

- 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 essere in posizione regolare riguardo agli obblighi militari;

- 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 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.

Dichiara, infine, di autorizzare la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell'OMCeO di Lecce per tutte le comunicazioni inerenti il concorso pubblico.

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 la Laurea in _____ in data
____/____/____ presso l'Università degli Studi di
_____ con votazione _____ della
durata di anni _____;

• Conseguito la Laurea in _____ in data
____/____/____ presso l'Università degli Studi di
_____ con votazione _____ della
durata di anni _____;

• Conseguito la Laurea in _____ in data
____/____/____ presso l'Università degli Studi di
_____ con votazione _____ della
durata di anni _____;

(Compilare un altro modello se gli spazi non sono sufficienti)

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