

SET. ASSUNZINE E CONC

ESENTE DA BOLLO

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA RISERVATO AL SOLO PERSONALE CHE HA GIÀ PRESENTATO ISTANZA A SEGUITO DELLE PROCEDURE INDETTE CON DELIBERA N. 368 DEL 2.08.2007.

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone"
C/O AREA GESTIONE RISORSE UMANE
Settore Mobilità e Dotazione Organica
Ufficio Concorsi
Via Enrico Toti, 76
90128 PALERMO

Oggetto: *procedure di stabilizzazione del personale non di ruolo e non dirigenziale - Integrazione documenti.*

Il sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ residente in _____ Via/Piazza _____ N. _____ chiede, ai sensi dell'art. 5 del bando pubblicato sulla GURI N. _____ del _____ di integrare la domanda a suo tempo inoltrata a seguito di Delibera N. 368 del 2.08.2007.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- di avere maturato i requisiti di cui all'art. 1 lettera "C" del bando ed in particolare, _____

- di avere ulteriormente acquisito uno dei titoli di precedenza previsti dall'Art. 5 comma I e II del bando ed in particolare _____

- che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni.

COGNOME _____

NOME _____

Via/Piazza _____ **n.** _____ **C.A.P.** _____

Città _____ **Prov.** _____ **Tel.** _____

SET. ASSUNZINE E CONC

Che le copie dei documenti allegati alla presente istanza, numerati da _____ a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000.

Che la sottoscrizione in calce alla presente domanda comporta la totale adesione ed accettazione di tutto quanto contemplato nell'avviso pubblicato sulla GURI N _____ del _____.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possono essere trattati, nel rispetto del D. Lgs. n.196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso.

Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP

(si intendono portatori di handicap solo i soggetti riconosciuti tali a seguito di accertamenti effettuati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, mediante le commissioni mediche di cui all'art. 4 della legge 104/92).

Dichiara di essere portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 e di avere necessità dei seguenti ausili: _____;

ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi _____ in sede di esame in relazione allo specifico handicap.

DATA _____

Firma _____