

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA  
Via Ravona n. 20  
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
**nato/a a** \_\_\_\_\_ **(prov. di** \_\_\_\_\_ **)**  
**il** \_\_\_\_\_ **e residente in** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**(prov. di** \_\_\_\_\_ **) C.A.P.** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, lett. b) della L. 234/2021 e s.m.i. del personale precario dell'area del comparto per il profilo professionale di **Operatore tecnico – addetto ai servizi sanitari – area del personale di supporto.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.** ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana  
☐ di essere in possesso della cittadinanza del seguente Stato appartenente alla UE \_\_\_\_\_  
☐ di essere in possesso della cittadinanza dello Stato di \_\_\_\_\_  
☐ titolare del diritto / permesso di \_\_\_\_\_  
☐ titolare dello status di rifugiato  
☐ titolare dello status di protezione sussidiaria

**2.** per i cittadini italiani:

- ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_

per i cittadini degli altri Paesi:

- ☐ di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza  
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) \_\_\_\_\_

3. ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

☐ di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

4. ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

5. ☐ di essere in possesso di tutti i requisiti di cui ai punti a) e b) del suindicato avviso pubblico per la procedura di stabilizzazione

6. ☐ di non essere titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato presso una Pubblica Amministrazione

7. ☐ di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda, la quale costituisce parte integrante della stessa

8. ☐ di non essere stato destituito/a (licenziato/a) o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni a decorrere dalla data di entrata in vigore del primo Contratto Collettivo

9. ☐ di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo ad avviso per il quale il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a

10. ☐ di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ☐ di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ☐ che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

**Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso pubblico.**

**Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.**

**Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:**

**via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_)**

**PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) \_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC- PAC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_