

FAC SIMILE DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 BORSA DI STUDIO PER LAUREATI IN "TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA" DA DESTINARE ALL'U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DELL'AREA L'AQUILA-MARSICA-PELIGNO SANGRINA DEL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

**Al Direttore Generale della ASL 1  
Avezzano, Sulmona, L'Aquila**  
Via Saragat, snc  
67100 L'Aquila

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico, per il conferimento di Borse di Studio, per n. 1 laureato in "Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva" indetto da codesta Amministrazione con Vostra deliberazione n. 1054 del 17 giugno 2019.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)
- di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- di essere/non essere iscritto/a nelle liste elettorali; <sup>(1)</sup>
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (per i candidati di sesso maschile): \_\_\_\_\_;
- di aver/non aver riportato condanne penali; <sup>(2)</sup>
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto/a a procedimenti penali;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
e dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_;

-di aver/non aver attualmente in corso rapporto di lavoro con ente pubblico e/o azienda privata. <sup>(3)</sup>  
Allega curriculum formativo e professionale, datato e firmato in originale, debitamente documentato nei modi indicati nel bando e copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità. Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia trasmessa al seguente indirizzo:

Sig/ra \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a..... autorizza la ASL dell'Aquila ad utilizzare i dati contenuti nella presente domanda ai fini della gestione della procedura selettiva, ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003.

**Data**

**Firma**

(1) in caso positivo specificare in quale Comune; in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

(2) in caso affermativo specificare quali.

(3) in caso affermativo specificare la tipologia del rapporto di lavoro in essere, l'ente pubblico e/o azienda privata, la data di inizio, l'eventuale impegno orario (tempo pieno, part time...), ed il profilo professionale.