

ALLEGATO

AL MINISTERO DELLA SALUTE  
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE,  
DELL'ORGANIZZAZIONE E DEL BILANCIO  
UFFICIO 3

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
con la qualifica di “ \_\_\_\_\_ ” appartenente ai ruoli del Ministero della salute,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
numero di telefono \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla **procedura selettiva interna per il passaggio dalla seconda area alla terza area F1 per la copertura di n. 6 posti con il profilo di funzionario tecnico dell'alimentazione e dei prodotti fitosanitari (CODICE CONCORSO 806).**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 d.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- a) di avere la cittadinanza italiana
- b) di godere dei diritti civili e politici
- c) di avere l'idoneità fisica all'impiego
- d) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di:

\_\_\_\_\_

ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato delle liste elettorali per i seguenti motivi

\_\_\_\_\_

- e) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_

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

- f) di aver prestato servizio con rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato presso il Ministero della salute:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

inquadramento professionale \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

inquadramento professionale \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

inquadramento professionale \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

g) di aver superato precedenti procedure concorsuali finalizzate all'assunzioni presso amministrazioni pubbliche con inquadramento corrispondente alla terza area funzionale o superiore:

presso \_\_\_\_\_

estremi del provvedimento di approvazione della graduatoria \_\_\_\_\_

h) di aver conseguito la seguente valutazione presso il Ministero della salute (*indicare il punteggio*):

2018 \_\_\_\_\_

2019 \_\_\_\_\_

2020 \_\_\_\_\_

i) di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto alla preferenza, a parità di merito, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

l) di accettare tutte le indicazioni contenute nel presente bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità previste dalla legislazione vigente

m) di conoscere la lingua inglese.

Il sottoscritto/a allega alla presenta domanda fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data

Firma