

DOMANDA DI STABILIZZAZIONE (da redigere in carta libera)

Al Comune di Umbertide
Servizio del Personale
Piazza Matteotti, 1
06019 UMBERTIDE

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ (Prov. _____) il _____

e residente a _____ (Prov. _____)

in Via _____ n. _____

Recapito telefonico n. _____

PEC _____

Codice Fiscale _____;

recapito presso il quale deve essere fatta qualsiasi comunicazione relativa alla procedura se diverso da quello sopra indicato:

cognome e nome _____

Via _____ n. _____

località _____ (Prov. _____)

Recapito telefonico n. _____

PEC _____

CHIEDE

di essere assunta/o A TEMPO INDETERMINATO, ai sensi dell' art. 20, comma 1 del D. Lgs. n. 75/2017 "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni" nel profilo professionale di Farmacista, cat. D3 a tempo pieno;

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 45/2000, consapevole conseguenze e delle sanzioni penali di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

a) di essere cittadina/o italiana/o

ovvero (barrare la casella che interessa):

di essere cittadina/o appartenente ad uno Stato della Unione Europea;

di essere italiana/o non appartenente alla Repubblica;

b) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

ovvero

di non essere iscritto nelle liste elettorali di

per i seguenti motivi:
.....;

c) di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

ovvero (barrare la casella che interessa) :

di aver subito le seguenti condanne penali:
.....

di avere i seguenti procedimenti penali in corso:
.....

d) di aver conseguito il seguente titolo di studio:

.....
in data presso
.....

e) di essere iscritto all' Albo professionale:

.....
n. di iscrizione

f) di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari (**solo** per coloro che risultano soggetti all'obbligo medesimo)

.....

g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione

ovvero

di essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per i seguenti motivi:

.....;

h) di non essere, nelle condizioni di portatore di handicap

ovvero

- di essere portatore di handicap;

i) di essere fisicamente idoneo allo svolgimento delle mansioni relative al posto da stabilizzare;

l) di aver prestato servizio a tempo determinato con il profilo professionale di Farmacista cat. D3, previo concorso pubblico, presso il Comune di Umbertide (con esclusione dei servizi prestati ai sensi degli articoli 90 e 110 del D.Lgs. 267/2000), nei sotto indicati periodi:

dal al
dal al
dal al
dal al

m) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/2003 e successive mm. ed ii., ai fini degli adempimenti della procedura di stabilizzazione.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa.

Data _____

Firma _____