



Azienda Sanitaria Territoriale di Fermo

Sede Legale ed Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM

C.F. e P.IVA 02500660440

Tel. 0734.625111

PEC: ast.fermo@emarche.it

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Monteparo, Montorio al Vomano, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigiano, Smerillo, Torre San Patrizio.

ALLEGATO A

Modello domanda di partecipazione procedura reclutamento.

Al Direttore Generale AST Fermo
Via Zeppilli, 18
63900 F E R M O

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a a partecipare al Concorso Pubblico in forma aggregata degli enti del SSR, per titoli ed esami, per n. 7 posti di **TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO** (Area dei professionisti della salute e dei funzionari – Ruolo Sanitario - Professioni Sanitarie dell'Area Tecnica) bandito da codesta Azienda Sanitaria Territoriale con Determina n. 46/ASTFM del 14/02/2025

concorrendo per il seguente Ente (indicare un solo Ente):

- ☐ AST Pesaro Urbino
- ☐ AST Ancona
- ☐ AST Macerata
- ☐ AST Fermo
- ☐ AOU delle Marche

A tale fine sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) Di essere nato/a a _____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ via _____
- 3) Di essere in possesso:
 - ☐ della cittadinanza italiana
 - ☐ della cittadinanza di uno stato membro UE _____
 - ☐ della cittadinanza di uno stato terzo _____ titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di rifugiato (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
 - ☐ dello status di protezione sussidiaria (allegare dichiarazione attestante il possesso del requisito)
- 4) Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
- 5) ☐ Di non aver riportato condanne penali.
☐ Di aver riportato le seguenti condanne penali _____.
- 6) Di avere la seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari _____.
- 7) Di essere in possesso:
 - a) Laurea triennale in **Laurea in Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (SNT/03 o L/SNT3 - classe delle lauree in scienze delle professioni sanitarie dell'Area Tecnica)** conseguita presso _____ (specificare denominazione e sede dell'ente che ha rilasciato il titolo) in data _____ (indicare giorno-mese-anno);
 - ☐ di titolo di studio equipollente denominato _____

conseguito presso _____ (specificare denominazione e sede dell'ente che ha rilasciato il titolo) in data _____ (indicare giorno-mese-anno);

- ☐ di titolo di studio equivalente conseguito nello stato di _____ presso _____ in data _____ riconosciuto in Italia con provvedimento di _____ in data _____

a) di essere **iscritto all'Albo Professionale** della Provincia di _____ dal _____ (indicare giorno-mese-anno) al n. di posizione _____;

8) di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego;

9) Di dare il consenso al trattamento dei dati Personali Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.).

10) Di aver diritto a preferenze di legge in quanto _____ (Allegare la documentazione probatoria _____)

11) Di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata (da compilare a pena di esclusione) _____ (al quale sarà fatta, ad ogni effetto e fino a nuova e diversa comunicazione, ogni necessaria comunicazione);

12) Di avere il seguente recapito telefonico _____;

13) Di aver diritto, in quanto beneficiario della L. 104 del 5/2/92, dell'ausilio di _____ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove pari a _____.

In fede.

Luogo _____ Data _____

firma