ALLEGATO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DELLA QUESTURA

FIRMA PRESENTE [SI] [NO] PROT. N. [ ] DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE: ___ / ___ / 2015

AL MINISTERO DELL'INTERNO - DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE UMANE - UFFICIO ATTIVITA' CONCORSUALI

PER IL TRAMITE DELLA QUESTURA DI: [ ]

Il sottoscritto chiede di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico a complessivi 13 posti di Direttore Tecnico biologo della Polizia di Stato pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana - 4^ s.s. Concorsi ed Esami (codice concorso DTBIO15).

A tal fine dichiara quanto segue sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali relative a dichiarazioni mendaci:

COGNOME E NOME: _____ SESSO: ____ (M/F)

DATA DI NASCITA: ___ / ___ / _____ COMUNE DI NASCITA: _____ (_____)

COMUNE DI RESIDENZA: _____ TEL.: _____

COMUNE DI RECAPITO DELLE COMUNICAZIONI CIRCA IL CONCORSO: _____ Prov.: _____

INDIRIZZO DI RECAPITO (via/piazza, n° civ., frazione): _____

C.A.P. : |___|___|___|___|___| CODICE FISCALE: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

ISCRITTO A VOTARE NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI RESIDENZA: | SI | | NO | (se no specificare il motivo nelle annotazioni integrative sul retro della domanda)

DICHIARATO OBIETTORE DI COSCIENZA E PER TALE MOTIVO AMMESSO A PRESTARE SERVIZIO MILITARE NON ARMATO OVVERO SERVIZIO SOSTITUTIVO CIVILE (solo per i candidati di sesso maschile soggetti agli obblighi di leva) : | SI | | NO |

IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA: | SI | | NO |

PROCEDIMENTI PENALI DEFINITI O PENDENTI PER DELITTI NON COLPOSI: | SI | | NO | (se sì indicarli nelle annotazioni integrative sul retro della domanda)

PARTECIPA AI POSTI RISERVATI DELLA CATEGORIA SPECIFICATA DAL BANDO ALL' ART. 1 LETT. ____ | SI | | NO |

APPARTENENTE AI RUOLI DELLA POLIZIA DI STATO: | SI | | NO | se sì indicare la qualifica _____

DIPLOMA DI LAUREA POSSEDUTO: _____ CODICE CLASSE LM CORRISPONDENTE: ____

CONSEGUITO IN DATA ___ / ___ / _____ PRESSO L'UNIV.: _____

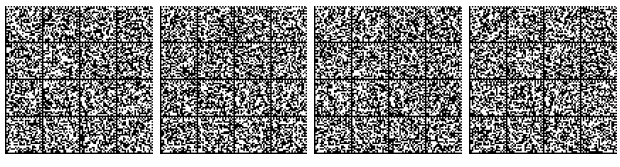
DI _____ (_____) CON VOTO FINALE _____

ABILITAZIONE PROFESSIONALE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI: _____

CONSEGUITA IN DATA ___ / ___ / _____ IN PROVINCIA DI: _____ VOTO FINALE: _____

LINGUA STRANIERA IN CUI SI INTENDE SOSTENERE LA PROVA DI CUI AL COMMA 3 DELL'ART. 11: _____

ATTENZIONE: PROSEGUIRE SUL RETRO LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE



PROSEGUE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO A 13 POSTI DI DIR. TEC. BIOLOGO DELLA POLIZIA DI STATO

pag. 2

ANNOTAZIONI INTEGRATIVE (motivi per cui non si ha il godimento dei diritti politici e procedimenti penali definiti o pendenti per delitti non colposi)

SBARRARE LE RIGHE SE NON VI SONO ANNOTAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara inoltre: di essere a conoscenza del fatto che il diario delle prove d'esame verrà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana indicata nel bando, con valore di notifica; di impegnarsi a comunicare tempestivamente con raccomandata A/R a codesto Ufficio Attività Concorsuali le eventuali variazioni del recapito per le comunicazioni inerenti il concorso; di essere disposto a dare le dimissioni all'atto della sua immissione in ruolo, ai sensi dell'art. 82 L. n. 121/81, in caso d'iscrizione ad organizzazioni sindacali diverse da quelle di cui all'art. 83 della legge medesima; di essere a conoscenza del testo integrale del bando di concorso; di essere consapevole delle responsabilità penali cui si incorre in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci o attestazioni false, ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

addì / /2015

Luogo e data

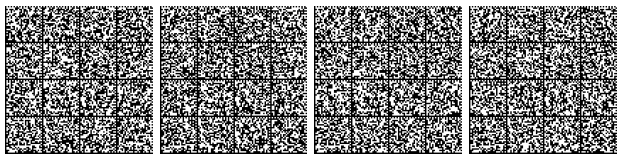
Firma leggibile

Informativa ex art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/03: Il trattamento dei dati personali forniti in sede di partecipazione al concorso o comunque acquisiti a tal fine dall'Autorità è finalizzato unicamente all'espletamento del concorso stesso.

Il trattamento avverrà anche attraverso procedure informatizzate. Il conferimento di tali dati è necessario per valutare il possesso dei requisiti di partecipazione e la mancata indicazione puo' precludere tale valutazione e dunque la partecipazione.

Ai candidati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto (accesso ai dati personali, rettifica, aggiornamento, cancellazione) nonché l'opposizione al trattamento per motivi legittimi, da avanzare al competente ufficio:

Autorità garante del trattamento dei dati personali - piazza di Monte Ciborio n. 121 - 00186 - Roma



Certificato anamnestico da compilare a cura del medico di fiducia e dell'interessato di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

Io sottoscritto _____ _____
(Cognome) (Nome)

nato/a _____ (____) il ____/____/_____
(Comune) (Provincia) (giorno/mese/anno)

residente in _____ (_____)
(Comune) (Provincia)

Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

DICHIARA

in relazione **agli stati patologici** e alle malattie di seguito elencate, presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

(barrare la voce interessata)

Sussistono patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI
Se SI quali? _____

Sussiste diabete? NO SI

Sussistono patologie della tiroide/surreni/pancreas/ipofisi? NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono turbe e/o patologie psichiche già note? NO SI
Se SI quali? _____

Soffre di patologie neurologiche? NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono malattie del sangue? NO SI
Se SI quali? _____

Sussistono malattie dell'apparato urogenitale? NO SI
Se SI quali? _____

Altro _____

_____

Elencare le altre malattie/infermità sofferte in passato dalla nascita ad oggi (malattie, interventi chirurgici, allergie, lesioni, traumi, fratture, ricoveri ospedalieri, etc) presenti nel decreto ministeriale 30 giugno 2003, n. 198:

_____

_____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai fini medico-legali e la loro successiva trasmissione ai competenti organi del Dipartimento della Pubblica Sicurezza ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Tipo documento _____ Numero _____

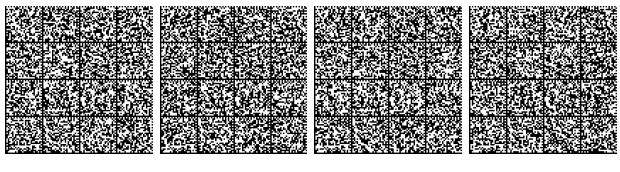
Rilasciato da _____ in data _____

Data, _____

Firma dell'interessato

_____

Firma del Medico di fiducia e codice regionale (Nome e Cognome in stampatello o timbro)

_____

15E01499