



**REGIONE PUGLIA**

**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA**

**Conorziale Policlinico di Bari**

Piazza Giulio Cesare 11- 70124 Bari

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO**

**PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO DI BARI PER LA COSTITUZIONE DI UNA SHORT LIST DI INTERPRETI E DI MEDIATORI LINGUISTICO-CULTURALI PER RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BARI.**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO . LE DOMANDE ILLEGIBILI NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE)

AL DIRETTORE GENERALE  
A.O.U. CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI  
DOTT. GIOVANNI MIGLIORE  
PIAZZA G. CESARE, N.11  
70124 BARI

Il/la sottoscritto/a: **Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo di domicilio (se diverso da quello di residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere iscritto nell'elenco aziendale dei traduttori/mediatori linguistico-culturali aziendale per prestazioni occasionali a richiesta dell'Azienda.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'Art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'Art.75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA, AI SENSI DEGLI ARTT. 4, 5, 46, 47 DEL DPR 445/2000 e s.m.i.:

Di essere cittadino:

- Italiano SI  NO
- Comunitario SI  NO
- Paesi Europei non UE (specificare quale) \_\_\_\_\_ SI  NO
- Altri Paesi (specificare quale) \_\_\_\_\_ SI  NO
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso di permesso o carta di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo  
SI  NO
- non aver riportato condanne penali, non avere procedimenti penali in corso e non essere sottoposto a misure cautelari, di prevenzione e sicurezza;
- non essere cessato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non aver riportato provvedimenti disciplinari superiori al richiamo durante il rapporto di lavoro prestato presso \_\_\_\_\_;
- non avere rapporti di parentela con i Dirigenti e/o i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari;
- di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana scritta e parlata;
- di non essere cessato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI SPECIFICI PRESCRITTI DALL'AVVISO PUBBLICO

- Attestato di livello C1 di conoscenza di una o più delle lingue di seguito indicate secondo la tabella di riferimento del quadro europeo;
- Laurea in Lingue Moderne o in Mediazione linguistica;
- La qualifica di mediatore culturale conseguita a seguito di appositi master universitari, corsi regionali, ministeriali, o altro titolo equipollente volto alla preparazione e formazione di mediatori culturali nei servizi pubblici e/o nelle aziende;
- Comprovata esperienza almeno biennale come mediatore culturale acquisita mediante rapporti di collaborazione con la pubblica amministrazione .

DI CONOSCERE E PARLARE (mettere una crocetta accanto alle lingue conosciute):

Albanese	
Amarico	
Arabo	
Bambara	
Bulgaro	
Cinese	
Creolo Mauriziano	

Dari	
Ewe	
Farsi	
Francese	
Georgiano	
Greco	
Hindco	
Hindi	
Inglese	
Joula	
Kotocoli	
Kurdo	
Kurmanji	
Nigeriano	
Norvegese	
Pashtun	
Persiano	
Punjabi	
Rumeno	
Russo	
Sorani	
Spagnolo	
Tedesco	
Tigrino	
Turco	
Ucraino	
Ungherese	
Urdu	

**Si allegano i seguenti documenti:**

- Curriculum vitae
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- I cittadini stranieri dovranno allegare copia del permesso di soggiorno, oppure della ricevuta di richiesta di rinnovo dello stesso.

**Luogo e data**

**Firma**

---

**Allegato: informativa ai sensi del Regolamento Generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 e Dlgs. 101/2018 che il candidato dovrà sottoscrivere.**