

domanda di ammissione in carta semplice

All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Casa per Anziani"
Viale Trieste 42
33043 CIVIDALE DEL FRIULI (UD)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI CONCORSO PUBBLICO PER SOLI ESAMI PER LA COPERTURA DI N.2 POSTI DI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI INFERMIERI - CAT. D pos. Economica iniziale - A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DEL C.C.N.L. COMPARTO SANITA'.

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico soli esami per la copertura di n. 2 posti di Collaboratore Sanitario Infermiere categoria D livello economico iniziale D0- a tempo indeterminato e pieno, per la dotazione organica dell'ASP Casa per Anziani di Cividale del Friuli (UD), indetto con determinazione del Direttore Generale n. 204 del 01.06.2017,
A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni,

DICHIARA

• di essere nato/a a _____

il _____ codice fiscale _____

• di risiedere a _____ prov. _____

In via _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

• di essere in possesso della cittadinanza italiana: SI NO

• Se NO, di essere cittadino _____, in possesso del seguente titolo di ammissione (ai sensi dell'art. 7 legge 97/2013 e del d.lgs. 286/98):

• permesso di soggiorno per l'esercizio dell'attività lavorativa;

• rifugiato o titolare di protezione sussidiaria;

• familiare di cittadino UE o italiano

• di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

- **per i cittadini non italiani:** di godere dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza SI NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza _____

- **per i cittadini non italiani:** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

SI NO

- di avere riportato condanne penali SI NO

in caso affermativo, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali in corso

- (solo per i candidati di sesso maschile) di avere assolto gli obblighi militari SI NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato assolvimento degli obblighi militari)

- di essere fisicamente idoneo/a all'impiego da ricoprire;

• di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da altro impiego statale ai sensi dell'art. 127, comma 1 lett. d) del D.P.R. n. 3/57 per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito presso _____
in data _____;

(n.b.: eventuale dichiarazione aggiuntiva: qualora il titolo sia stato conseguito all'estero si indicano i seguenti estremi del provvedimento di equipollenza: _____)

- di essere in possesso dell'iscrizione all'albo professionale agli Infermieri con il nr. ____ nella Provincia di _____ dalla data del _____

• di voler sostenere, durante il colloquio della selezione in oggetto, la verifica della conoscenza della seguente lingua straniera (*indicare una lingua a scelta tra inglese e tedesco*):

- di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti al presente concorso al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

via _____ nr. _____, città _____
C.A.P. _____

- di autorizzare il trattamento dei dati personali per le finalità legate alla procedura concorsuale, ai sensi del D.Lgs. 196/2003;

- di possedere il seguente titolo di preferenza (comma 4, art. 5 del D.P.R. 487/1994):

- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso inserite;

- di essere a conoscenza e di accettare che tutte le comunicazioni inerenti la procedura concorsuale vengano rese note tramite pubblicazione sul sito internet istituzionale www.aspciviale.it;
- di aver provveduto al versamento della tassa di concorso come da ricevuta di pagamento allegata;
- di necessitare, per l'espletamento delle prove, di ausili o tempi aggiuntivi, in relazione al proprio handicap, ai sensi della L. 104/92 e della L. 68/99:

(dovrà essere allegata una certificazione medica rilasciata dalla competente Azienda sanitaria che specifichi gli elementi essenziali relativi alla condizione, al fine di permettere all'Amministrazione di predisporre mezzi e strumenti atti a garantire i benefici richiesti)

Allega alla presente:

- 1) fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità;
- 2) ricevuta del versamento della tassa di concorso;

Data, _____

(firma)