OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER TITOLI ED ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 3 POSTI DI **RESPONSABILE DEL GOVERNO ASSISTENZIALE – CATEGORIA D – POSIZIONE ECONOMICA D1 – C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI** PRESSO LE SEDI DELL'ASP UMBERTO I

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il ____/____/_____

codice fiscale _____

residente in (via/corso/piazza) _____ n° _____

località _____ provincia _____ C.A.P. _____

telefono _____ cellulare _____ mail _____

CHIEDE

con la presente di poter partecipare al concorso pubblico in oggetto e, a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

CITTADINANZA E DIRIRTTI POLITICI	
	☐ di essere cittadin_ italian_; ☐ di essere cittadin_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; ☐ di essere cittadin_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; ☐ **(altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001)** _____ ☐ di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

ALLEGATO 1

CONDIZIONI DI IDOENITA' ALL'IMPIEGO	☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (*in caso affermativo specificare nelle note)* ☐ di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ☐ di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ☐ di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici (*in caso affermativo specificare nelle note*) ☐ di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari (*in caso negativo specificare nelle note*)
NOTE	_____ _____ _____
TITOLO DI STUDIO	✓ di possedere il seguente titolo di studio (*indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea*): _____ _____ rilasciato dal _____ di _____nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/___
TITOLI PROFESSIONALI E DI STUDIO SPECIFICI	✓ di aver conseguito specifico *Master* nell'anno _____ denominato _____ _____ presso _____ ✓ di avere esperienza di lavoro in ambito infermieristico professionale di anni _____ ✓ di essere iscritta all'Albo degli infermieri professionali di _____ al n° _____ in data _____
PATENTE GUIDA	✓ di possedere la Patente di guida categoria "___" e di essere disponibile all'utilizzo dei mezzi in dotazione all'ASP
PREFERENZE RISERVE	☐ di possedere, al fine dell'applicazione del diritto di preferenza di cui ai DD.P.R. 487/1994 e 693/1996, art. 5, così come modificato dalla Legge n. 127 del 15.05.1997, il/i seguente/i titolo/i _____ _____ _____ ☐ di aver diritto alla riserva di cui agli artt. 1014 e 678 del D.Lgs. 66/2010 per i volontari delle FF.AA.
LINGUA STRANIERA	✓ di scegliere, per l'accertamento di una lingua straniera durante la prova orale, la lingua: ☐ INGLESE ☐ FRANCESE ☐ TEDESCO ☐ SPAGNOLO

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

DICHIARAZIONI	✓ di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nel bando di concorso ed in particolare quanto indicato ai titoli "**H)** ***PROGRAMMA D'ESAME*** " – "**I)*DIARIO DELLE PROVE***" e "**N)** ***COMUNICAZIONI***" ✓ di essere a conoscenza che la violazione degli obblighi derivanti dal D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) costituisce causa di risoluzione; ✓ il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al "***TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA)***" di cui al relativo titolo "**S)**" richiamato nel bando ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso; ✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto all'Amministrazione dell'Azienda le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella domanda, esonerando l'Amministrazione medesima da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.
BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 104	Il/la sottoscritto/a _____ riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104 con provvedimento in data _____ emesso da _____ ☐ dichiara di possedere il requisito di cui all'art. 20, comma 2 bis, della Legge 104/1992 (persona affetta da invalidità uguale o superiore all' 80%) in base al quale non è tenuto a sostenere la prova preselettiva; ☐ chiede di poter fruire per le prove d'esame di un tempo aggiuntivo rispetto a quello che sarà concesso agli altri candidati, nella misura determinata da _____ come segue _____ ☐ dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____ ☐ allega idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente, che ne specifica gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.

ALLEGATI	☐ fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/la sottoscritto/a; ☐ curriculum formativo e professionale; ☐ eventuali certificazioni relative a titoli culturali, professionali e vari utili alla valutazione dei titoli di merito di cui al titolo "**L)** ***VALUTAZIONE DELLE PROVE D'ESAME E DEI TITOLI DI MERITO***" del bando di concorso: _____ ☐ ricevuta di versamento della tassa di ammissione al concorso. Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa: ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

Le eventuali comunicazioni riguardanti il concorso dovranno essere indirizzate a :

(cognome e nome)		*(città)*		*(provincia)*
(indirizzo)				*(C.A.P.)*
(telefono rete fissa)		*(telefono cellulare)*		*(indirizzo e-mail)*

____/_____**/2018**	
(data)	**FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE** La firma non deve essere autentica ai sensi dell'art. 39 c.1 D.P.R. 445/2000

N.B. LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA UNITAMENTE A FOTOCOPIA (FRONTE/RETRO) DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano