

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE, PER SOLO COLLOQUIO, PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA VALEVOLE PER L'ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO DI PERSONALE DEL PROFILO COLLABORATORE SOCIO SANITARIO O.S.S., CAT. B POSIZIONE ECONOMICA B3 CCNL COMPARTO FUNZIONI LOCALI. PRESSO L'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 alla selezione pubblica 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 DIRITTI POLITICI	<p><input type="checkbox"/> di essere cittadin_ italian_;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadin_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadin_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;</p> <p><input type="checkbox"/> (altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001) _____</p> <p><input type="checkbox"/> di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____</p> <p>ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

CONDIZIONI DI IDONEITA' ALL'IMPIEGO	<input type="checkbox"/> di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) <input type="checkbox"/> di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) <input type="checkbox"/> di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari (<i>in caso negativo specificare nelle note</i>)
NOTE	<hr/> <hr/> <hr/>
TITOLO DI STUDIO	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere il seguente titolo di studio (<i>indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea</i>): <hr/> <hr/> rilasciato dal _____ di _____ nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/____
IN CASO DI TITOLO EQUIPOLLENTE	Estremi della normativa che sancisce l'equipollenza _____ <hr/> <hr/>
TITOLO PROFESSIONALE	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere il seguente titolo professionale richiesto dal Bando, conseguito nell'anno _____ presso _____ <hr/> <hr/>
PREFERENZE	<input type="checkbox"/> 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 _____ <hr/> <hr/>
DICHIARAZIONI	<input checked="" type="checkbox"/> di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nell'avviso di selezione <input checked="" type="checkbox"/> 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; <input checked="" type="checkbox"/> il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al " TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA) " richiamato nell'avviso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 101/2018, per gli adempimenti connessi al presente concorso; <input checked="" type="checkbox"/> 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.

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

BENEFICI PREVISI 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 _____
	<input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> 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 _____ <input type="checkbox"/> dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____ _____ <input type="checkbox"/> allega idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente, che ne specifica gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.

ALLEGATI	<input type="checkbox"/> fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/la sottoscritto/a; <input type="checkbox"/> curriculum formativo e professionale; Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
----------	---

Le eventuali comunicazioni riguardanti la procedura dovranno essere indirizzate a:

<i>(cognome e nome)</i>	<i>(città)</i>	<i>(provincia)</i>
<i>(indirizzo)</i>		<i>(C.A.P.)</i>
<i>(telefono rete fissa)</i>	<i>(telefono cellulare)</i>	<i>(indirizzo e-mail)</i>

____ / ____ /2020	
<i>(data)</i>	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'