ALLEGATO 1

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASP "LA QUIETE"
VIA S. AGOSTINO 7
33100 UDINE

OGGETTO: Domanda di partecipazione al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti di collaboratore professionale sanitario infermiere (cat. D CCNL Sanità Pubblica) a tempo indeterminato e pieno.

Il/la sottoscritto/a.....

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti di collaboratore professionale sanitario infermiere (cat. D CCNL Sanità Pubblica) a tempo indeterminato e pieno di cui al bando approvato con determinazione dirigenziale n. 243 del 25.08.2022

A tal fine, sotto 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.....il.....
- di risiedere a.....via/piazza.....
  .....n..... .....
- recapito telefonico ..... cellulare .....

  e mail .....

  codice fiscale.....
- di essere in possesso del seguente titolo di studio.....

  conseguito presso..... .. in data .....

  con votazione di .....

(indicare per tutti i titoli di studio ed i titoli professionali, ivi comprese abilitazioni, specializzazioni, etc. il tipo, gli Istituti o Enti e le date di conseguimento) e di essere iscritto all'albo degli infermieri (n° ..... albo ..... iscrizione dal .....)

- di essere fisicamente idoneo/a alle mansioni da ricoprire;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana (se non in possesso della cittadinanza italiana indicare la cittadinanza):.....
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo .....
- di non aver riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione ed il proseguimento del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione;

- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né essere stato/a dichiarato decaduto/a da un pubblico impiego;
- di godere dei diritti civili e politici..... (indicare il Paese)

  ovvero di non godere dei diritti civili e politici per il seguente motivo .....

Il/la sottoscritta inoltre:

- accetta senza riserve tutte le condizioni stabilite nel bando di concorso, per titoli ed esami, per la copertura di n. 2 posti di collaboratore professionale sanitario infermiere (cat. D CCNL Sanità Pubblica) a tempo indeterminato e pieno approvato con determinazione dirigenziale n. 243 del 25.08.2022;
- prende atto che tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura concorsuale sono effettuate, ad ogni effetto, esclusivamente attraverso la pubblicazione all'albo aziendale e sul sito internet istituzionale;
- manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.lgs. 196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali spontaneamente forniti, per le finalità e nei limiti di cui al bando di concorso,nella consapevolezza che il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione;
- allega alla presente domanda: curriculum vitae, datato e firmato, nel quale dovranno essere dichiarati i propri titoli di studio, di servizio e di carriera, con particolare riferimento alle specifiche qualificazioni ed esperienze professionali maturate ed all'aggiornamento professionale acquisito, redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000; ricevuta del versamento della tassa di concorso; copia di un documento di identità in corso di validità;
- comunica che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso, è il seguente:

  via/piazza..... .....n..... . .....città..... .....

  cap..... telefono.....

  e mail.....

data _____

Firma_____

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....il.....

residente a .....in via/piazza.....n.....

D I C H I A R A

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data e luogo

_____

IL/LA DICHIARANTE

_____

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....il.....

residente a .....in via/piazza.....n.....

D I C H I A R A

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data e luogo

_____

IL/LA DICHIARANTE

_____