

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PER LA COPERTURA N. 1 UNITA' DI PERSONALE DELL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI, PROFILO COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE” – CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO – C.C.N.L. COMPARTO SANITÀ – A TEMPO INDETERMINATO E PIENO

**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 _____
PEC _____

CHIEDE

con la presente di poter partecipare al concorso 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	☐ 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) _____ _____ _____ _____
---------------------------------	---

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

CONDIZIONI DI IDONEITA' ALL' IMPIEGO	☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) ☐ di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ☐ di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici (<i>in caso affermativo specificare nelle note</i>) ☐ di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari (<i>in caso negativo specificare nelle note</i>)
NOTE	
TITOLO DI STUDIO	☒ di possedere il seguente titolo di studio (<i>indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea</i>): rilasciato dal _____ di _____ nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/____
TITOLI PROFESSIONALI DI STUDIO SPECIFICI	☒ di aver conseguito specifico <i>Master abilitante al Coordinamento delle professioni sanitarie</i> denominato: rilasciato da _____ ☒ di avere esperienza di lavoro in ambito infermieristico professionale di anni ____ conseguita presso _____ ☒ di avere esperienza di lavoro in ambito infermieristico professionale di anni ____ conseguita presso _____ ☒ di avere esperienza di lavoro in ambito infermieristico professionale di anni ____ conseguita presso _____ ☒ di essere iscritto/a all' Albo degli Infermieri professionali di _____ al N° _____ in data _____
PATENTE DI GUIDA	☒ Di possedere la Patente di Guida categoria ____
PREFERENZE	☐ 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 :

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

DICHIAZIONI	✓ 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 relativamente a Programma d'esame, Diario delle prove e modalità di comunicazione ✓ 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'art.15 del Bando in merito al "TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA)" ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della vigente normativa, 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 _____ ☐ 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; ☐ ricevuta di versamento della tassa di concorso Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa: ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi artt.46 e 47 DPR 445/2000, attestante ulteriori titoli di studio e/o diplomi ☐ dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art.46 DPR 445/2000 con cui dichiara specifiche qualificazioni ed esperienze maturate.

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)	

MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
(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'
--