

Spett. le Direttore del
CENTRO SERVIZI ASSISTENZIALI
S. ANTONIO
Via Madre Clelia Merloni n. 10
36072 CHIAMPO (VI)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente nel Comune di _____ c.a.p. _____ (prov. _____)
in via _____ n. _____ tel. _____ / _____
cellulare _____ Codice Fiscale _____
Email _____ PEC _____
con recapito a (da compilarsi solo in caso di recapito diverso dalla residenza)

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso pubblico per soli esami per la copertura di n. 2 posti a tempo pieno ed indeterminato di **Infermiere Professionale** categoria C posizione economica C1 C.C.N.L. Comparto Funzioni Locali.

A tal fine consapevole delle gravi responsabilità penali come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 a carico di chi rende dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione false o non più rispondenti al vero,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:
(barrare l'ipotesi che ricorre)

1 - cittadinanza:

di essere cittadino/a italiano/a oppure cittadino/a _____, oppure, se cittadino di Paese non appartenente all'Unione Europea, specificare una delle seguenti circostanze:

- di essere cittadino _____ e familiare, come da stato di famiglia, di cittadino di Paese dell'Unione Europea nonché titolare di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- di essere cittadino _____ e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- di essere cittadino _____ e titolare dello status di rifugiato;
- di essere cittadino _____ e titolare dello status di protezione sussidiaria per i cittadini dell'Unione Europea dichiarare (requisiti sostitutivi previsti dall'art. 3 del DPCM 7/02/1994);

2 - diritti politici:

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di non essere iscritto/a o di essere stato cancellato/a per la seguente ragione:
- _____

() per il/la cittadino/a di altri stati: indicare la situazione corrispondente nell'ordinamento dello stato di appartenenza

_____;

3 - diritti civili:

() di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

() di aver riportato le seguenti condanne in corso _____

() di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

4 - destituzioni – dispense – interdizione - decadenza:

() di non essere stato/a destituito/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

() di essere stato/a destituito/a per la seguente ragione _____

_____;

() di non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

() di essere stato/a dispensato/a per la seguente ragione _____

_____;

() di non essere stato/a interdetto/a o sottoposto/a a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina ad impieghi presso enti pubblici;

() di essere stato/a interdetto/a o sottoposto/a a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina ad impieghi presso enti pubblici per la seguente ragione

() di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale;

() di essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da un impiego statale per la seguente ragione

5 - titolo di studio:

() di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto dal bando:

_____ conseguito

presso _____ in data _____

() di essere iscritto nell'Albo degli Infermieri Professionali di _____ numero di posizione

_____.

6 - servizi prestati presso Pubbliche Amministrazioni:

() di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

a) Ente _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
orario settimanale _____ dal _____ al _____

b) Ente _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
orario settimanale _____ dal _____ al _____

c) Ente _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
orario settimanale _____ dal _____ al _____

d) Ente _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
orario settimanale _____ dal _____ al _____

e) Ente _____ di _____

qualifica _____ liv/cat _____
orario settimanale _____ dal _____ al _____

7 - altri servizi prestati presso privati, in qualità di liberi professionisti, incarichi professionali:

a) Incarico presso _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
contratto di lavoro applicato _____ orario settimanale _____
Periodo di assunzione dal _____ al _____

b) Incarico presso _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
contratto di lavoro applicato _____ orario settimanale _____
Periodo di assunzione dal _____ al _____

c) Incarico presso _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
contratto di lavoro applicato _____ orario settimanale _____
Periodo di assunzione dal _____ al _____

d) Incarico presso _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
contratto di lavoro applicato _____ orario settimanale _____
Periodo di assunzione dal _____ al _____

e) Incarico presso _____ di _____
qualifica _____ liv/cat _____
contratto di lavoro applicato _____ orario settimanale _____
Periodo di assunzione dal _____ al _____

8 - obblighi militari:

- di aver assolto agli obblighi militari;
 di non aver assolto agli obblighi militari per la seguente ragione: _____

9 – portatore di handicap:

- di essere portatore/trice di handicap e richiede, per lo svolgimento delle prove, i seguenti ausili

_____ e i seguenti tempi aggiuntivi _____

10 - appartenenza a categorie protette:

- di appartenere ad una delle seguenti categorie: _____

11 - di accettare, senza riserve, le norme e le condizioni sia dei concorsi che dei regolamenti vigenti e futuri di codesto Ente;

(solo per i candidati che intendono fare valere la riserva quale volontario delle Forze Armate)

CHIEDE

di partecipare alla quota riservata di n. 1 posto per i volontari delle Forze Armate e a tal fine dichiara di possedere il seguente titolo che dà luogo alla riserva:

12 - ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI:

- 1) Titolo di studio richiesto dal bando di concorso (prodotto in originale o in copia autenticata ai sensi di Legge oppure comprovato mediante l'utilizzo delle dichiarazioni sostitutive previste dal DPR 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni) e certificazione di iscrizione all'Albo;
- 2) curriculum professionale;
- 3) Ricevuta del bonifico di pagamento della tassa concorso di € 10,33 intestato a Centro Servizi Assistenziali S. Antonio – Via Madre Clelia Merloni, 10 – 36072 Chiampo VI - CODICE IBAN IT06F0503460290000000450138, indicando la causale del versamento (nome e cognome del partecipante, concorso N. 2 Infermieri Professionali);
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

Il/la sottoscritto/la dichiara che, quanto indicato nella presente domanda di ammissione al concorso, è conforme al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- ◆ di avere preso visione delle informazioni comunicate dal CENTRO SERVIZI ASSISTENZIALI S. ANTONIO di Chiampo ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 nella selezione pubblica e di aver liberamente preso atto che i miei dati personali sono raccolti e trattati al fine della esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative al presente concorso dell'utilizzo della relativa graduatoria.
- ◆ che mi è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi.
- ◆ che per far valere i miei diritti potrò rivolgermi all'Ufficio Personale dell'Ente.
- ◆ di autorizzare il CENTRO SERVIZI ASSISTENZIALI S. ANTONIO di Chiampo a trattare i dati riguardanti lo stato di salute indicati nella presente domanda (dati riguardanti la sana e robusta costituzione fisica ed esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio, eventuali dati riguardanti lo stato di portatore/trice di handicap indicati ai fini della applicazione delle facilitazioni per la partecipazione alla selezione).

_____ **Data**

_____ **firma**

All. n. _____

AVVERTENZE

- La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, in forma chiara e leggibile, segnando e completando le voci che interessano;
- La legge commina gravi sanzioni a chi dichiara il falso alla Pubblica Amministrazione con lo scopo di ottenere indebiti benefici;
- La dichiarazione falsa o non più corrispondente al vero può essere causa di decadenza dalla eventuale nomina conseguita al termine del concorso.

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a.....
(cognome) (nome)

nato/a.....:..... (.....) il.....
(luogo) (prov.)

residente a..... (.....) in via.....n.....
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in..... (.....)in via.....n.....
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 786 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

Che le fotocopie dei seguenti documenti:

- 1) Titolo di studio di.....
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Sono conformi all'originale in mio possesso.

(luogo, data)

Il dichiarante
.....

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta all'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

È ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o a mezzo posta.