

**OGGETTO:** DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO DI 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. – Categoria B POSIZIONE ECONOMICA B3 CCNL COMPARTO FUNZIONI LOCALI.

**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 all'avviso 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	<p><input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a; o</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadino/a di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; o</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadino/a extracomunitario/a e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; o</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 _____ ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____ _____ _____ _____</p>
----------------------------------	---

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"/> ( <i>in caso di servizio prestato presso pubbliche amministrazioni</i> ) 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 ____/____
TITOLO PROFESSIONALE	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere il titolo professionale richiesto dal bando, conseguito nell'anno _____ presso _____ <hr/>
PREFERENZE RISERVE	<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 " <b>TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA)</b> " richiamato nell'avviso ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003 e GDPR 2016/679, per gli adempimenti connessi al presente avviso; <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.
---------------	---

Allegato 1

BENEFICIARI 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 _____  <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%) <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 datato e sottoscritto; <input type="checkbox"/> ricevuta di versamento della tassa di ammissione all'avviso.  Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
----------	--

Le eventuali comunicazioni riguardanti l'avviso dovranno essere indirizzate a :

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

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

_ / _ / _	
<i>(data)</i>	<b>FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE</b> 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'**