

## 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 PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CAT. C 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

|  |   |
|--|---|
| <b>CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI</b> | <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> )<br><input type="checkbox"/> di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni<br><input type="checkbox"/> di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni<br><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> )<br><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> ):<br><hr/> <hr/> rilasciato dal _____<br>di _____ nell'anno _____<br>con la seguente votazione finale ____/____   |
| IN CASO DI TITOLO EQUIPOLLENTE      | Estremi della normativa che sancisce l'equipollenza _____<br><hr/> <hr/>  |
| ISCRIZIONE ALBO                     | <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del Collegio di _____ n. _____ del _____<br><input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese dell'Unione Europea)<br><input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese terzo)<br><input type="checkbox"/> di essere in pendenza di iscrizione all'Albo Professionale del Collegio di _____  |
| 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<br><hr/> <hr/> <hr/>   |

## MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

|   |   |
|---|---|
| DICHIARAZIONI   | <p>✓<br/>i essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nell'avviso di selezione</p> <p>✓<br/>i 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;</p> <p>✓<br/>l/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. 101/2018, per gli adempimenti connessi al presente concorso;</p> <p>✓<br/>i 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.</p> |
| BENEFICI PREVISTI<br>DALL'ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 104 | <p>Il/la sottoscritto/a _____ riconosciuto/a portatore/portatrice di<br/>handicap ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104 con provvedimento in data _____ da<br/>emesso _____</p> <p><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;</p> <p><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<br/>_____</p> <p><input type="checkbox"/> dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio:<br/>_____<br/>_____</p> <p><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.</p>  |

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

Le eventuali comunicazioni riguardanti la procedura dovranno essere indirizzate a:

|                  |          |             |
|------------------|----------|-------------|
|                  |          |             |
| (cognome e nome) | (città)  | (provincia) |
| (indirizzo)      | (C.A.P.) |             |

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

## MODULO DI DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

|                              |  |                             |                           |
|------------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|
|                              |  |                             |                           |
| <i>(telefono rete fissa)</i> |  | <i>(telefono cellulare)</i> | <i>(indirizzo e-mail)</i> |

|               |   |
|---------------|---|
| ___/___/2019  |   |
| <i>(data)</i> | <b>FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE</b><br>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'**