

All'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"Fondazione E. Muner De Giudici"
Via della Libertà, 19 – fr. Lovaria
33040 PRADAMANO (UD)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO, PER SOLI ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 1 UNITA' DI PERSONALE DELL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE, PROFILO INFERMIERE, A TEMPO INDETERMINATO E PIENO (36 ORE SETTIMANALI) C.C.N.L. COMPARTO SANITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____

CHIEDE

di essere ammesso/a al concorso 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. 445/2000), nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____
- di risiedere a _____
In via _____ n. _____
Telefono _____ cellulare _____
e-mail /PEC _____

- di essere in possesso della cittadinanza italiana: SI NO

Se NO:

☐ di essere cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

☐ di essere cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di rifugiato ovvero dello stato di protezione sussidiari e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

☐ familiare di cittadino UE o italiano con adeguata conoscenza della lingua italiana

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

_____;

- per i cittadini non italiani: di godere dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza
SI NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza _____;
_____;

- di avere riportato condanne penali SI NO
in caso affermativo, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali in corso

_____;

- di non essere decaduto o di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici
SI NO

- (solo per i candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985)
di avere assolto gli obblighi militari SI NO
(in caso negativo indicare i motivi del mancato assolvimento degli obblighi militari)

_____;

- di essere fisicamente idoneo/a all'impiego da ricoprire;
- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da altro impiego statale ai sensi dell'art. 127, comma 1 lett. d) del D.P.R. n. 3/57 per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio

conseguito presso _____

in data _____;

(eventuale dichiarazione aggiuntiva: qualora il titolo sia stato conseguito all'estero si indicano i seguenti estremi del provvedimento di equipollenza: _____
_____);

- di essere iscritto all'Albo professionale di _____, in data _____ in qualità di Infermiere;

- di produrre la documentazione relativa ai requisiti specifici di cui ai due punti precedenti all'atto dell'eventuale immissione in servizio;

- di essere in possesso della patente di guida cat. B in corso di validità:
SI NO

- di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti al presente concorso, differenti da quelle che il bando già dispone siano realizzare esclusivamente sul sito internet www.fondazionemuneri.it, al seguente domicilio e recapito (indicare solo se diverso dalla residenza):

via _____ nr. _____,

città _____ C.A.P. _____

recapito telefonico _____

- di possedere il seguente titolo di preferenza (comma 4, art. 5 del D.P.R. 487/1994):

- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso inserite;
- di essere a conoscenza e di accettare che tutte le comunicazioni inerenti la procedura concorsuale vengano rese note tramite pubblicazione sul sito internet istituzionale www.fondazionemuner.it;
- di aver provveduto al versamento della tassa di concorso come da ricevuta di pagamento allegata;
- di necessitare, per l'espletamento delle prove, di ausili o tempi aggiuntivi, in relazione al proprio 3 handicap, ai sensi della L. 104/92 e della L. 68/99:

(dovrà essere allegata una certificazione medica rilasciata dalla competente Azienda sanitaria che specifichi gli elementi essenziali relativi alla condizione, al fine di permettere all'Amministrazione di predisporre mezzi e strumenti atti a garantire i benefici richiesti)

- di impegnarsi a comunicare per iscritto le eventuali variazioni di indirizzo sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità o eventuale dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione di recapito ovvero da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del recapito indicato nella domanda;

Allega alla presente:

- 1) fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità;
- 2) ricevuta di versamento della tassa di concorso;
- 3) curriculum vitae in formato europeo;
- 4) per i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e rientranti nel punto 1) dell'art. 2 del presente bando) copia fotostatica dei certificati o degli attestati rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero corredati di traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana che ne attesta la conformità all'originale, relativamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti per i quali non è possibile utilizzare le dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- 5) in caso di possesso di titolo di studio estero, la dichiarazione di equipollenza o il decreto di equivalenza;
- 6) copia fotostatica dei titoli di preferenza per cui non può essere prodotta autocertificazione ex art 47 del D.P.R. n. 445/2000;
- 7) Eventuale certificazione medica della competente Azienda Sanitaria, che certifichi la condizione di handicap ai sensi della L. 104/92 e della L. 68/99.

Data, _____

(firma)