

Spett.le

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

“CASA LANER”

Via P. Giovanni XXIII, 1

38064 - FOLGARIA (TN)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE, MEDIANTE ASSUNZIONE DIRETTA PER NR. 3 POSTI A

TEMPO PIENO A TEMPO DETERMINATO

IN FIGURA PROFESSIONALE DI

INFERMIERE - cat. C – liv. Evoluto – 1^ posizione retributiva

E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(AUTOCERTIFICAZIONE)

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12.2000 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”).

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss. C.p.) e dalle leggi speciali in materia:

Il/La sottoscritto/(cognome) _____ (nome) _____

presa visione dell'Avviso di Selezione, mediante assunzione diretta per nr. 3 posti a tempo determinato in figura professionale di **INFERMIERE – cat. C – liv. Evoluto – 1^ posizione retributiva**, indetto da codesta Azienda

CHIEDE

di partecipare al medesimo.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____ ;

residente in (comune) _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ n. _____

domiciliato in (comune) _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ n. _____

cod. Fisc.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

numero telefono _____ numero cellulare _____

indirizzo e-mail _____ ;

eventuale indirizzo PEC _____ ;

di essere in possesso della **cittadinanza** _____;

Riservato ai cittadini NON ITALIANI (vedi avviso):

di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

ovvero non goderne per i seguenti motivi: _____;

essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;

avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

Solamente per i cittadini non UE - essere titolare di:

diritto di soggiorno

diritto di soggiorno permanente

permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

status di rifugiato

status di protezione sussidiaria

di essere iscritto/a nelle **liste elettorali** del Comune di _____

ovvero non essere iscritto/a o essere stato cancellato/a dalle stesse per i seguenti motivi:

che la propria famiglia è così composta:

| COGNOME | NOME | NATO IL | LUOGO DI NASCITA | RAPP. PARENTELA CON IL DICHIARANTE |
|---------|------|---------|------------------|------------------------------------|
| | | | | <i>richiedente</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

di essere celibe; nubile; coniugato/a; divorziato/a; separato/a; vedovo/a;

di godere dei diritti civili e politici;

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in infermieristica, appartenente alla classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o – classe L/SNT1, conseguita in data _____ presso _____;

ovvero

Diploma universitario di Infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, conseguito in data _____ presso _____;

ovvero

Diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente al diploma universitario (Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 – gazzetta Ufficiale n. 191 del 17 agosto 2000), conseguito in data _____ presso _____;

ovvero (per il titolo conseguito all'estero)

di essere in possesso del titolo di _____
conseguito nello Stato di _____ in data _____,
dichiarato equipollente al titolo richiesto di _____,
con provvedimento di data _____ rilasciato da _____;

(nel caso titolo conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano con Decreto del Ministero della Salute);

di essere iscritto all' **OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche)** di _____ al n. _____;

di **non** aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso
ovvero le eventuali condanne riportate e/o i procedimenti penali in corso:

_____;

per i candidati di sesso maschile: di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva:

congedato; congedato dal servizio sostitutivo; richiamato; riformato;

esonerato; rivedibile; rinviato;

- di essere fisicamente idoneo all'impiego;
- di **non** essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;
-

Il/La sottoscritto/a chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Comune _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Numero telefonico _____

E-mail / PEC _____

N.B.

- per le donne indicare anche l'eventuale cognome da coniugata
- indicare comunque un recapito telefonico, anche presso persone terze

ALLEGA

in originale o in copia della quale si dichiara la conformità all'originale:

| |
|--|
| 1. Curriculum che potrà essere corredato, a scelta del candidato, della relativa documentazione probatoria o di supporto |
| 2. Fotocopia semplice di un documento di identità |
| |

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'Avviso di selezione e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.