



numero telefono \_\_\_\_\_ numero cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo PEC \_\_\_\_\_;

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

di godere dei diritti civili e politici;

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

SI  NO  (barrare la casella)

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 SI  NO  (barrare la casella)

**Solamente per i cittadini non UE - essere titolare di:**

- diritto di soggiorno
- diritto di soggiorno permanente
- permesso di soggiorno UE 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 non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso  
(ovvero le eventuali condanne riportate e/o i procedimenti penali in corso)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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  
\_\_\_\_\_;

**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  
\_\_\_\_\_;

**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  
\_\_\_\_\_;

**titolo conseguito all'estero**

*(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 in possesso del titolo di \_\_\_\_\_ conseguito nello Stato di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, dichiarato equipollente al titolo richiesto di \_\_\_\_\_, con provvedimento di data \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_;

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

**di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

**Master in Coordinamento delle professioni sanitarie (titolo abilitante alle funzioni di coordinamento ai sensi della L. 43/2006)** conseguito in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;

**laurea Magistrale** della classe delle lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche classe LM/SNT1  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;

**Laurea specialistica** della classe delle lauree specialistiche nelle Scienze infermieristiche e ostetriche – classe  
SNT LS1 conseguito in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;

**titolo conseguito all'estero**

*(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 in possesso del titolo di \_\_\_\_\_ conseguito nello  
Stato di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, dichiarato equipollente al  
titolo richiesto di \_\_\_\_\_, con  
provvedimento di data \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_;

di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di **€. 25,00.=**;

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 con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento in servizio;

**(questo punto è riservato ai candidati affetti da minorazione fisica o psichica):**

di rientrare tra i soggetti di cui all'articolo 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove d'esame, eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi (allegare – in originale o copia autenticata – certificazione datata relativa alla specifica disabilità rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio. Per quanto attiene l'indicazione precisa dei tempi aggiuntivi e degli ausili richiesti, allegare un certificato medico, la mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà di non volerne beneficiare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 20, comma 2 bis, della Legge 104/1992 la persona handicappata affetta da invalidità uguale o superiore all'80% non è tenuta a sostenere la prova preselettiva eventualmente prevista

di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:

Datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo det/indeter.	Orario sett.le <sup>1</sup>	Figura prof.le	Causa risoluzione rapp.di lavoro

di non essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;

di essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;

di avere titolo a preferenza nella nomina per il seguente motivo (barrare la parte che interessa: si ricorda che ai sensi di legge, a parità di merito i titoli di preferenza sono):

- gli insigniti di medaglia al valore militare;
- i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- gli orfani di guerra;
- gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- i feriti in combattimento;
- gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
- coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- gli invalidi ed i mutilati civili;
- militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma;

A parità di merito e di titoli la preferenza è determinata:

<sup>1</sup> A tempo pieno/parziale con indicazione, in quest'ultimo caso, del numero di ore settimanali svolte e del numero di ore settimanali previste per il tempo pieno.

- 1) dal numero dei figli a carico (i familiari fiscalmente a carico NON possiedono redditi superiori a €. 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili), indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;  
n° \_\_\_\_ figli a carico
- 2) dall'aver prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche (sarà considerato anche il servizio di durata inferiore ad un anno presso questa Azienda);  
 si
- 3) dalla minore età.

N.B.: Ai sensi della L. 407/98, sono equiparati alle famiglie dei caduti civili di guerra, le famiglie dei caduti a causa di atti di terrorismo consumati in Italia. La condizione di caduto a causa di terrorismo, nonché di vittima della criminalità organizzata, viene certificata dalla competente Prefettura (per le Province di Trento e Bolzano dal Commissariato del Governo), ai sensi della L. 302/90.

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 \_\_\_\_\_

#### ALLEGA

<input type="checkbox"/> Ricevuta comprovante il pagamento della tassa di concorso
<input type="checkbox"/> Fotocopia documento di identità in corso di validità
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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 al bando di concorso e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.**

#### **Spazio riservato all'ufficio**

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

L'incaricato al ricevimento

CASTELLO TESINO, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_