

Spettabile
A.P.S.P.
"S. Lorenzo e S. Maria della Misericordia"
Via per Telve, 7
38051 – Borgo Valsugana (TN)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI
PER LA COPERTURA DI N. 1 (un) POSTO VACANTE A TEMPO PIENO (36 ORE SETTIMANALI)
NELLA FIGURA PROFESSIONALE DI

**FUNZIONARIO COLLABORATORE / COORDINATORE
DEI SERVIZI SOCIO – ASSISTENZIALI E SANITARI**

categoria D – livello BASE – 1^a 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/a (cognome) _____ (nome) _____

presa visione del Bando di Concorso pubblico per esami per la copertura di n. 1 (un) posto a tempo indeterminato e a tempo pieno (36 h/sett.li) nella figura professionale di **FUNZIONARIO COLLABORATORE / COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIO – ASSISTENZIALI E SANITARI** – categoria D – livello BASE – 1^a posizione retributiva, indetto da codesta Azienda

CHIEDE

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

- di essere in possesso della cittadinanza _____;

Riservato ai cittadini NON ITALIANI (vedi bando):

- 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: _____

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

- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana SI NO (barrare la casella)

- di essere in possesso del titolo di studio equipollente a quello richiesto dal bando

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 godere dei diritti politici attivi e civili e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
 di non essere iscritto/a o essere stato cancellato/a dalle stesse per i seguenti motivi: _____;

- che la propria famiglia è così composta (**va sempre compilato**):

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

- 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
 _____ conseguito 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 _____;

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 _____;

(In caso di titolo di studio 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).

- di essere in possesso del **Master per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie ai sensi della L. 43/2006** conseguito in data _____ presso _____;
- di essere in possesso della **Laurea magistrale in scienze infermieristiche** conseguita in data _____ presso _____;
- di essere iscritto /a all'**OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche)** di _____ al n. _____;
- (per i candidati di sesso maschile) di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva (barrare la parte che interessa):

<input type="checkbox"/> congedato	<input type="checkbox"/> congedato dal servizio sostitutivo	<input type="checkbox"/> richiamato
<input type="checkbox"/> riformato	<input type="checkbox"/> esonerato	<input type="checkbox"/> rivedibile
<input type="checkbox"/> adempiuto in qualità di _____	periodo dal _____	al _____

- di non aver riportato condanne penali o applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento) e di non avere procedimenti penali pendenti
 di aver riportato le condanne penali o le applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento) e i procedimenti penali pendenti di seguito indicati:

- di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni:

Datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo determinato/indeterminato	Orario sett.le	Figura profess.le	Causa risoluzione

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

Di essere consapevole del fatto che, con riferimento agli ultimi 5 anni precedenti all'eventuale assunzione, l'essere stati destituiti o licenziati da una pubblica amministrazione per giustificato motivo soggettivo o per giusta causa o l'essere incorsi nella risoluzione del rapporto di lavoro in applicazione dell'art. 32 quinquies, del codice penale o per mancato superamento del periodo di prova nella medesima categoria e livello a cui si riferisce l'assunzione, comporta l'impossibilità ad essere assunti;

Di essere consapevole del fatto che, per i destinatari del Contratto Provinciale di Lavoro, Comparto Autonomie Locali, l'essere stati oggetto, negli ultimi 3 anni precedenti ad un'eventuale assunzione a tempo determinato, di un parere negativo sul servizio prestato al termine di un rapporto di lavoro a tempo determinato, comporta l'impossibilità ad essere assunti a tempo determinato per le stesse mansioni presso l'APSP promotrice del concorso;

- di essere di sana e robusta costituzione fisica con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento in servizio;
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 (specificare ed allegare certificazione medica rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio, in originale o copia autenticata)

SI NO

Se si specificare quali _____
_____;

- di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di € 25,00.=-;
- di accettare incondizionatamente le norme contenute nel bando di concorso;
- di avere titolo di 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:

1) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno; n° ___ figli a carico (i familiari fiscalmente a carico non possiedono redditi superiori a € 2.840,51.= al lordo degli oneri deducibili)

2) dall'aver prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche (sarà considerato anche il servizio di durata inferiore ad un anno presso questa Azienda);

si no

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 / 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. Ricevuta del versamento della tassa di concorso di € 25,00.=
2. Fotocopia in carta libera di un documento di identità valido e munito di fotografia

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Reg. UE 679/2016, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di concorso. Si impegna, inoltre, ad accettare, senza riserve, le norme e condizioni stabilite dal presente bando.

Inoltre, consapevole del fatto che i requisiti devono sussistere sia al momento della data di scadenza del termine per la presentazione delle domande che a quello dell'assunzione, si impegna a **comunicare tempestivamente eventuali variazioni** successivamente occorse nei propri dati sopra riportati ed esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità, non assumendosi la stessa alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potrebbero comportare conseguenze negative a livello di valutazione e di attribuzione di punteggio.

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 la presente domanda	
<input type="checkbox"/>	è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
<input type="checkbox"/>	è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.
Borgo Valsugana, _____	L'incaricato al ricevimento
_____	_____