

Spett.Le
CASA di ASSISTENZA per ANZIANI "A. TOBLINI"
Piazza Bocchera n. 3
37018 MALCESINE (VR)

Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER ESAMI PER LA COPERTURA DI UN POSTO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO - CATEGORIA B - POSIZIONE ECONOMICA B1 DEL CCNL FUNZIONI LOCALI PER I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E/O ISTITUZIONALI.

Il/La sottoscritto/a _____, con la presente inoltra domanda di partecipazione al concorso pubblico in oggetto indicato.

Lo stesso (a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

dichiara:

1. di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____;

2. di risiedere nel Comune di _____ prov. _____

C.A.P. _____, in Via _____ n° _____

recapiti telefonici: fisso _____ cellulare _____;

email _____ PEC _____;

3. di essere in possesso della cittadinanza italiana;

di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea diverso da quello italiano (indicare il nome dello Stato) _____;

di essere in possesso della cittadinanza nel seguente Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) _____ e familiare di persona in possesso della cittadinanza del seguente Paese dell'Unione Europea _____, ed inoltre:

di essere titolare del diritto di soggiorno,

di essere titolare del diritto di soggiorno permanente

OPPURE

di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) _____ ed inoltre:

di essere titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;

di essere titolare dello status di "rifugiato";

di essere titolare dello status di "protezione sussidiaria";

4. di godere dei diritti civili e politici, anche nello stato di appartenenza o di provenienza e di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

di non godere dei diritti civili e politici (in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento)

_____;

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

di essere non iscritto per i seguenti motivi _____;

6. di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso ed esente da difetti ed imperfezioni che possono influire sul rendimento del servizio;
- di essere nella condizione di portatore di handicap ma che il proprio grado di menomazione fisica non comporta limitazioni lavorative;
7. di non avere subito condanne penali o procedimenti penali in corso;
- di avere subito le seguenti condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso _____;
8. di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione;
- di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione per i seguenti motivi: _____;
9. di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali o precedenza alla nomina, secondo quanto previsto dalla normativa vigente _____
- _____
10. di essere in possesso dell'attestato di Qualifica Professionale di Operatore Socio Sanitario, conseguito presso _____ con sede in _____ in data _____;
11. Di essere in possesso della patente di guida B e di essere automunito.
12. di accettare senza riserve le condizioni del presente bando e le norme regolamentari vigenti in questo Ente, nonché quelle successive che l'Amministrazione intenda adottare;
13. che l'indirizzo, presso il quale potranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente:
- Via _____ n. _____
- Comune di _____ prov. _____ C.A.P. _____,
- PEC: (non obbligatoria) _____
- E-MAIL _____
- impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che alla Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" non potrà essere addebitata alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.
14. Di essere a conoscenza che le notizie inerenti il Concorso (elenco ammessi, esito delle prove, ecc.) verranno pubblicate sul sito internet dell'Ente [www.caatoblini.it/albo online/bandi](http://www.caatoblini.it/albo_online/bandi) e autorizza fin d'ora l'inserimento del proprio nominativo e delle informazioni inerenti ad esso.

N.B. in caso di mancata autorizzazione non sarà possibile la partecipazione alla procedura concorsuale

In fede

Firma del candidato

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI UN "OPERATORE SOCIO SANITARIO" A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO - CATEGORIA B, POSIZIONE ECONOMICA B1 . FUNZIONI LOCALI PER I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE E/O ISTITUZIONALI.

ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A il _____
A _____ ALLEGA ALLA PROPRIA DOMANDA
DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO IN OGGETTO INDICATO, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. Domanda di partecipazione in carta semplice;
2. Ricevuta del versamento di € 10,00= per la tassa di partecipazione al concorso;
3. Copia autenticata o autocertificazione del titolo di studio richiesto;
4. Curriculum formativo e professionale debitamente sottoscritto, con in calce la seguente dicitura **"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della ricerca e selezione del personale"** e subito sotto ulteriore sottoscrizione;
5. fotocopia di un valido documento di identità;
6. fotocopia della patente di guida "B"
7. indirizzo PEC (non obbligatorio): _____
8. indirizzo E-MAIL: _____
9. _____
10. _____

_____, lì _____

In fede

(firma)