

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Concorso Pubblico, per esami, per la copertura di n. 2 posti di INFERMIERE - CAT. C, C1 ECONOMICA CCNL Funzioni locali, a tempo pieno e indeterminato, presso i Centri di Servizio dell'Ente con lavoro a turni, anche notturno

Alla
Fondazione Don Mozzatti d'Aprili
P.zza S. Venturi, 26
37032 Monteforte d'Alpone (VR)

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....
nato/a a il
Codice Fiscale
Residente in vian.
cap comune(prov.).....
Domiciliato a (*solo se diverso dalla residenza*)
.....
Telefono indirizzo e-mail
Indirizzo Posta Elettronica Certificata

DICHIARA

Ai fini della partecipazione al concorso ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. per le ipotesi di falsità in atti:

di essere cittadino/a italiano/a; (*oppure indicare di essere cittadino appartenente all'Unione Europea o indicare altro status*)

di godere dei diritti civili e politici (*da dichiarare anche per gli stranieri rispetto allo stato di appartenenza o di provenienza*);

di avere adeguata conoscenza delle lingua italiana parlata e scritta;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
(*ovvero*):

di NON essere iscritto nelle liste elettorali per la seguente motivazione

di non avere riportato condanne penali o non avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;

(*ovvero*):

di avere le seguenti condanne penali o procedimenti penali in corso

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento, o licenziato a seguito di procedimento disciplinare, o dichiarato decaduto dall'impiego per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio
conseguito il presso
con la seguente votazione.....; *(per i Titoli di Studio conseguiti all'estero dovrà essere dichiarata l'equipollenza/equivalenza da parte dell'Autorità competente);*
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine degli Infermieri Professionali della provincia di
dal Nr. iscrizione.....;
- di essere in possesso della patente di guida cat. Nr. scadenza
- di essere in possesso dell'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni del posto da ricoprire;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/94 e s.mm.i.
(da utilizzare per la nomina a parità di merito):
- di avere diritto alla riserva a favore dei volontari delle FF.AA., ai sensi dell'art. 1014, commi 3 e 4
e dell'art. 678, comma 9 del D.Lgs. n. 66/2010 (Codice Ordinamento Militare - COM) e s.m.i.
- di avere diritto alla preferenza e precedenza, a parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 del DPR
487/1994 e s.m.i. di cui alla/e lettera/e elencata/e nel bando;
- Ai sensi dell'art. 20 legge n. 104/92, il sottoscritto dichiara di aver bisogno del seguente ausilio o
tempo supplementare per lo svolgimento della prova d'esame in condizione di parità con gli altri
candidati per i motivi, legati al proprio stato di salute:
- di essere esonerato dallo svolgimento della eventuale preselezione in quanto con grado di invalidità
pari o superiore all'80% ai sensi dell'art. 20, comma 2 bis, della legge 104/1992;
- di aver preso visione integrale del bando e di accettarne tutte le condizioni regolamentari e
successive conseguenti all'eventuale assunzione che l'Amministrazione riterrà di adottare;
- di essere a conoscenza che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, i propri dati personali riportati
nella presente domanda sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento concorsuale
e verranno utilizzati per tale scopo; i dati saranno raccolti, elaborati, pubblicati e archiviati, anche
tramite supporti informatici, dalla Fondazione don Mozzatti d'Aprili;

Data _____

Firma leggibile

*La firma è obbligatoria pena la nullità della domanda e
riguarda tutte le dichiarazioni contenute nella domanda.*

ALLEGATI OBBLIGATORI (pena l'esclusione):

- ✓ Fotocopia leggibile documento di identità personale in corso di validità,
- ✓ Ricevuta del versamento del contributo spese, non rimborsabile, per la copertura dei costi della selezione pari a euro 15,00,
- ✓ Certificazione riportante la necessità di ausilio o di tempo supplementare ai sensi della L.104/92, art. 20 *(se dichiarato)*,
- ✓ Certificazione di invalidità con grado pari o superiore all'80% per eventuale esonero dalla preselezione ai sensi L.104/92, art. 20 c. 2 bis *(se dichiarato)*.