

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 le APSP promotrici 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 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 sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa riferita al trattamento dei propri dati personali di cui al bando di concorso.

Si impegna inoltre 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.

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