

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

- Si attesta che la presente domanda è stata sottoscritta dall'interessato alla presenza del funzionario addetto.
- Si attesta che la presente domanda è pervenuta già sottoscritta dall'interessato con allegata fotocopia del documento di identità.

Predaia, Fraz. Taio, li _____

Firma _____

Protocollo

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

Spett.le
APSP ANAUNIA
Via Thomas A. Edison n. 20
Frazione Taio
38012 PREDAIA – TN
PEC: apsptaio@pec.it

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO DI UN POSTO A TEMPO PIENO NELLA FIGURA PROFESSIONALE DI FUNZIONARIO COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI E SANITARI, CATEGORIA D, LIVELLO BASE – 1^ POSIZIONE RETRIBUTIVA

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 delle 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 posto a tempo pieno a tempo indeterminato in figura professionale di **FUNZIONARIO COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI E SANITARI** – categoria D – livello base – 1^ posizione retributiva,

CHIEDE

di essere ammesso/a allo stesso.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

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

residente a _____ provincia di _____

Via _____ n. _____

domiciliato a _____ provincia di _____

Via _____ n. _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono/cellulare _____ / _____ e-mail _____

eventuale PEC _____

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

3. di godere dei diritti civili e politici;

4. 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

5. 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:

_____;

6. che la propria famiglia è così composta:

COGNOME	NOME	NATO IL	LUOGO DI NASCITA	RAPP. PARENTALE CON IL DICHIARANTE
				RICHIEDENTE

7. 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 _____;
oppure
- 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 _____;
oppure
- 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 _____;

8. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Master per funzioni di Coordinamento delle professioni sanitarie** (titolo abilitante alle funzioni di coordinamento ai sensi della L. 43/2006) conseguito in data _____ presso _____;
oppure
- Laurea magistrale in scienze infermieristiche** conseguita in data _____ presso _____;
oppure
- 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 _____;

17. di non essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;

18. di essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni;

19. di avere titolo di preferenza nella nomina, a parità di merito, per il seguente motivo (barrare la parte che interessa: si ricorda che ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 09 maggio 1994 n. 487 e ss.mm., a parità di merito i titoli di preferenza sono):

- gli insigniti di medaglia al valor 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 la preferenza è determinata

- 1) dal numero dei figli a carico (i familiari fiscalmente a carico NON possiedono redditi ai fini IRPEF 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 Legge 407/1998, 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. n. 302/1990.

Il/la sottoscritto/a chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Numero telefonico _____ / _____

e-mail _____

eventuale indirizzo PEC _____

ALLEGATI

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 DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ
3. (SOLO PER I CANDIDATI CHE HANNO CONSEGUITO IL TITOLO DI STUDIO ALL'ESTERO): titolo di studio (in originale/in copia) tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, indicando l'avvenuta equipollenza del proprio titolo con quello italiano, dalla quale si dichiara la conformità all'originale.
4.
5.

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

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.