

**– DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le Istituto Assistenza Anziani  
Via S. Baganzani, 11  
37124 VERONA

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 5 POSTI DI INFERMIERE PROFESSIONALE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. C 1 C.C.N.L. 2006/2009)**

Il/La sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per n. ....posto/i di .....

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA**

1 di essere nato/a a .....(prov.....) il .....

2 di essere residente a .....(prov.....)  
in via .....n.....  
CAP .....tel.....Cod.Fisc.....  
Pec.....

- 3  di essere in possesso della cittadinanza italiana  
 di essere in possesso della cittadinanza del seguente stato membro dell'Unione Europea .....
- di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea e di essere in possesso del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente  
 di essere cittadino di Paesi Terzi titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo  
 di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria

4  di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di .....

ovvero

di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo .....

5  di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne .....e di avere i seguenti procedimenti penali in corso .....

6  di non essere stati destituito/a dispensato/a dall'impiego in una Pubblica Amministrazione, e di non essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico a norma dell'art. 127, lettera d), del Testo Unico approvato con D.P.R. 10.1.1957, n. 3

7  di essere in possesso del seguente attestato di qualifica professionale, requisito specifico di ammissione:

**DIPLOMA DI INFERMIERE PROFESSIONALE**  
conseguito il ..... presso .....

**DIPLOMA DI LAUREA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE**  
conseguito il ..... presso .....

**TITOLO RICONOSCIUTO EQUIPOLLENTE IN ITALIA DAL MINISTERO DELLA SALUTE**  
conseguito il ..... presso .....  
data di riconoscimento da parte del Ministero della Salute .....

8  di essere iscritto al relativo Albo Professionale

N. Iscrizione .....data.....

9  di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio:

TITOLO.....  
conseguito il.....presso.....

TITOLO.....  
conseguito il.....presso.....

TITOLO.....  
conseguito il.....presso.....

10  di non aver mai prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

ovvero

di aver prestato servizio presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni

P.A.....

Profilo Professionale.....Categoria.....

Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....

Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

P.A.....

Profilo Professionale.....Categoria.....

Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....

Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

P.A.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

P.A.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

P.A.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

11  di non aver mai prestato servizio presso Privati

ovvero

di aver prestato servizio presso i seguenti Privati

Ditta.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ditta.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ditta.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ditta.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ditta.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)



- dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
  - Titolo del corso: .....n. crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....

13  di aver frequentato i seguenti corsi/convegni/congressi/seminari:

TITOLO.....  
data.....durata (ore).....

TITOLO.....  
data.....durata (ore).....

TITOLO.....  
data.....durata (ore).....

TITOLO.....  
data.....durata (ore).....

TITOLO.....  
data.....durata (ore).....

14  di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5, comma 4 e 5, D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni):

- .....
- .....
- .....

ovvero

di non essere in possesso di titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5 comma 4 D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni)

15  di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso

16  di accettare incondizionatamente le condizioni previste dalla normativa vigente nonché dal Regolamento Organico del personale dell'Istituto Assistenza Anziani

17  di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti, per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

**18 INDIRIZZO AL QUALE DEVONO ESSERE INVIATE TUTTE LE COMUNICAZIONI INERENTI IL CONCORSO**

Via .....n .....

CAP ..... Città.....

Prov..... Tel.....

Pec.....

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, che le copie dei documenti/titoli eventualmente allegati sono conformi agli originali, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma