

simile domanda

Allegato 1

Al DIRETTORE del
C.R.A. di CITTADELLA
Via Prima Mattina, 8/4
35013 - CITTADELLA - PD

___l___ sottoscritt

chiede di essere ammesso/a alla selezione pubblica per esami per l'assunzione di n. **12 infermieri – collaboratori professionali sanitari a tempo indeterminato** di (Cat. D CCNL 21/5/2018).

A tal fine consapevole delle gravi responsabilità penali come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 a carico di chi rende dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione false o non più rispondenti al vero, dichiara, sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato il _____ a _____ codice fiscale _____;

b) stato civile _____ n. figli _____

c) di essere residente a _____ in _____ via _____

n. _____ tel. _____ mail _____

d) **di essere cittadino italiano**, oppure, se cittadino di **Paese appartenente all'Unione Europea**: di essere cittadino _____ oppure, se cittadino di **Paese non appartenente all'Unione Europea**

specificare una delle seguenti circostanze:

- di essere cittadino _____ e titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente e di essere familiare, come da stato di famiglia, di cittadino di Paese dell'Unione Europea;
- di essere cittadino _____ e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- di essere cittadino _____ e titolare dello status di rifugiato;
- di essere cittadino _____ e titolare dello status di protezione sussidiaria;

per i cittadini non italiani, dichiarare inoltre:

- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;
- di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

Per lo straniero soggiornante nel territorio italiano: deve essere dichiarato il possesso del regolare permesso di soggiorno con tutti gli estremi normativi indicati nel permesso stesso;

e) di godere dei diritti politici;

f) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

g) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti;

h) di non essere stato destituito o dispensato dall'incarico presso una pubblica amministrazione, (oppure di essere dipendente di _____ con incarico _____);

i) di essere di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti e imperfezioni che possano influire sul rendimento del servizio o di avere le seguenti limitazioni alla mansione _____;

pag. 1 di 2

- l) di essere per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione .._____ (candidati di sesso maschile);
- m) di essere in possesso del titolo di studio di _____ conseguito presso _____ durata anni _____ votazione _____ in data _____.
- n) di autorizzare l'ente al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa disposta dal D.Lgs. 30/6/03, n.196.
- o) di essere
 di non essere
volontario delle FF.AA. di cui agli artt. 1014 e 678 del D. Lgs. 66/2010, congedato senza demerito.

SOLO PER I CITTADINI DELL'UNIONE EUROPEA

- di essere in possesso dei requisiti sostitutivi previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 165/01 e dal DPCM 7.2.94 n. 174;
- di essere cittadino _____
- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di _____
- di essere in possesso degli altri requisiti previsti dal bando per gli altri cittadini della Repubblica;
- di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana.

Chiede che tutte le comunicazioni relative al concorso pubblico vengano inviate al seguente indirizzo:
_____ Telefono n. _____

data _____

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Autocertificazione di conformità all'originale di copie)
(D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a Via n.

Consapevole delle conseguenze nelle quali possa incorrere in caso di false dichiarazioni

dichiara

che la copia allegata dei seguenti titoli è conforme all'originale:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

(firma del dichiarante)

CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI DI CITTADELLA

Io sottoscritto _____ certifico
che la sujestesa dichiarazione è stata firmata in mia presenza dal
Sig _____ della
cui identità sono certo per:

- presa visione del documento di identità _____
- conoscenza personale.

(Firma dell'incaricato)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto

Nato a il

Residente a Via n.

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara

1.
2.
3.
4.

(firma del dichiarante)

N. B. **Da utilizzare per autocertificare:** Titolo di studio, iscrizione in albi tenuti dalla P.A., appartenenza ad ordini professionali, qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione tecnica, tutti gli altri stati, fatti e qualità personali previsti dall'art. 46 del D.P.R. n. m445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni.

Le dichiarazioni relative al titolo di studio devono indicare la data, la sede e la denominazione completa dell'istituto presso cui il titolo stesso è stato conseguito.

Le dichiarazioni relative alle iniziative di aggiornamento e formazione devono indicare: se trattasi di corso di aggiornamento, convegno, seminario, ecc.: l'oggetto/tema dell'iniziativa; il soggetto organizzatore; la sede e la data di svolgimento; il numero di ore o giornate di frequenza; se con o senza esame finale.

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

La dichiarazione sostitutiva, quando non è firmata alla presenza del dipendente addetto, deve essere accompagnata dalla fotocopia in carta semplice, non autenticata di un documento di identità valido.

CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI DI CITTADELLA

Io sottoscritto _____ certifico che la suesposta dichiarazione è stata firmata in mia presenza dal Sig. _____ della cui identità sono certo per:

- presa visione del documento di identità _____
- conoscenza personale.

Cittadella, _____

(Firma dell'incaricato)

ELENCO DEI DOCUMENTI PRESENTATI A CORREDO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER N. 12 POSTI DI INFERMIERE COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO CAT. D CCNL 21-5-2018 – A TEMPO INDETERMINATO.

1. Domanda di partecipazione al concorso pubblico;
2. Attestazione versamento € 10 a titolo rimborso spese non rimborsabili;
3. Curriculum vitae;
4. Copia diploma di _____
5. Attestazione Iscrizione Albo Professionale
6. Copia versamento ultimo rinnovo iscrizione Albo Professionale
7. Copia patente di guida tipo B;
8. Copia carta d'identità;
9. Elenco dei documenti
10. _____
11. _____

Cittadella, _____

Firma del candidato
