

*Modello Schema di Domanda di
ammissione*

ASP VEGNI
VIA IV NOVEMBRE, 1
58033 CASTEL DEL PIANO (GR)

Il/la sottoscritto/a chiede di partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 4 posti per Collaboratore Sanitario - INFERMIERE a tempo pieno (cat. C, posizione economica iniziale C1 del CCNL Funzioni Locali)

Chiede che le comunicazioni relative al concorso siano inviate, invece che alla propria residenza:

al seguente indirizzo e-mail

al seguente indirizzo

al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 nelle ipotesi di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi e che l'art. 75 del medesimo Decreto commina, altresì, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere nato aprov..... il
- di essere residente in via.....n.....
- cap città prov
- che il proprio codice fiscale è.....
- che i suoi recapiti telefonici sono: fisso cell.....
- di essere di stato civile
- di essere cittadino italiano SI NO
- di essere cittadino del seguente paese
- specificare se si tratta di paese appartenente all'Unione Europea SI NO
- di godere dei diritti politici SI NO
se è NO indicare il motivo del non godimento
- di essere iscritto SI NO nelle liste elettorali del Comune di
se è NO indicare il motivo della non iscrizione
- di avere riportato condanne penali NO SI (se è Si specificare di seguito)
la data della sentenza è
- l'autorità che ha emesso la sentenza è
- la condanna è
- il reato commesso è

- di essere stato destituito, dispensato, licenziato, dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione NO SI per la seguente ragione _____
- di essere stato interdetto o sottoposto a misure che escludono, secondo le leggi vigenti dalla nomina ad impieghi presso Enti Pubblici NO SI per la seguente ragione _____
- di essere stato dichiarato decaduto da un impiego statale, ai sensi dell'art. 127, primo comma, lettera d) del testo unico degli impiegati civili dello stato, approvato con D.P.R. 10/01/1957, n. 3
NO SI per la seguente ragione _____
- di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico all'impiego e alle specifiche mansioni del posto da ricoprire
- nei confronti degli obblighi militari di essere nella seguente posizione _____
- di essere in possesso del seguente titolo di precedenza o di preferenza, con riferimento all'art. 5, comma 4 del D.P.R. n. 487/94 _____
- di aver diritto alla riserva prioritaria di un posto a favore dei volontari della FF.AA. ai sensi degli artt. 678 e 1014 del D. Lgs. n. 66/2010 e ss.mm.ii.. SI NO
- di avere diritto in relazione al proprio handicap al seguente ausilio _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio
 diploma universitario di infermiere
votazione conseguita
 titolo equipollente al diploma universitario di infermiere (specificare)

votazione conseguita
- (oppure) di conseguire il titolo di studio diploma universitario di infermiere nella sessione di laurea

- di essere iscritto all'albo professionale degli Infermieri professionali
- (oppure) di procedere con l'iscrizione all'albo professionale degli infermieri professionali appena conseguita la laurea ed entro la data di assunzione
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente per iscritto le eventuali variazioni di indirizzo di tutti i recapiti indicati nella presente domanda, sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario
- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole e le condizioni in esso contenute e delle norme stabilite dai regolamenti vigenti e futuri di codesto Ente e delle misure organizzative e igienico sanitarie per lo svolgimento in sicurezza dei concorsi
- di autorizzare la ASP VEGNI di Castel del piano al "Trattamento dei dati" secondo quanto previsto dal REG CE 679/2016 e D. Lgs 196/2003

ESPERIENZE DI LAVORO (PRECISARE NEL DETTAGLIO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI DI SERVIZIO)

Datore di lavoro dal al

Qualifica CCNL

MANSIONI.....

Tempo determinato

tempo indeterminato

contratto di diritto pubblico

contratto di diritto privato

Part time NO SI

percentuale lavorativa

Datore di lavoro dal al

Qualifica CCNL.....

MANSIONI.....

Tempo determinato

tempo indeterminato

contratto di diritto pubblico

contratto di diritto privato

Part time NO SI

percentuale lavorativa

Datore di lavoro dal al

Qualifica CCNL

MANSIONI.....

Tempo determinato

tempo indeterminato

contratto di diritto pubblico

contratto di diritto privato

Part time NO SI

percentuale lavorativa

In caso di necessità (molti rapporti di lavoro da dichiarare) è possibile stampare più copie di questo foglio

Allega alla domanda:

- Curriculum professionale **firmato e datato**;
- fotocopia del titolo di studio richiesto dal bando o autodichiarazione;
- fotocopia dell'iscrizione all'albo professionale degli infermieri o autodichiarazione di fornirne copia al momento dell'eventuale assunzione;
- ricevuta **in originale** del versamento di € 10,00 a titolo di tassa di concorso infermieri;
- fotocopia non autenticata di un documento di identità **non scaduto**;
- (eventuale) titoli che danno diritto a preferenza nell'eventuale assunzione ai sensi dell'art. 5, comma 4 del D.P.R. n. 487/94;
- ☐ (eventuale) titoli che danno diritto alla riserva prioritaria di un posto a favore dei volontari della FF.AA. ai sensi degli artt. 678 e 1014 del D. Lgs. n. 66/2010 e ss.mm.ii. ;
- (eventuale) tutte le certificazioni relative ai titoli che si ritenga opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;
- modello di dichiarazione sostitutiva allegato al bando di concorso, con elenco dei documenti fotocopiati allegati alla presente domanda di partecipazione.

DATA _____

FIRMA IN ORIGINALE
