



Modello Domanda di ammissione

Casa di Riposo di Noventa Padovana
Via Roma 143
35027 Noventa Padovana

Il sottoscritto chiede di partecipare al concorso pubblico per soli esami la copertura di n. 1 POSTO a tempo pieno ed indeterminato nel profilo di **“OPERATORE SOCIO SANITARIO”** Categoria B – Posizione economica B1 – CCNL FUNZIONI LOCALI 2016/2018

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

- al seguente indirizzo
- al seguente indirizzo e-mail
- al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

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 SI NO
- di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico alle mansioni di Operatore Socio Sanitario
- di appartenere alla categoria dei militari volontari, di cui agli artt. 678 e 1014 del D.Lgs. 66/2010 (ai fini dell'applicazione delle riserva a scorrimento prevista dalle suddette disposizioni);
- 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 avere diritto in relazione al proprio handicap al seguente ausilio
- di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto dal bando
- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole e le condizioni in esso contenute
- di autorizzare la Casa di Riposo di Noventa Padovana al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni.

Allega alla domanda:

- Curriculum professionale **firmato e datato**;
- fotocopia del titolo di studio richiesto dal bando;
- ricevuta **in originale** del versamento di € 15,00 a titolo di tassa di concorso;
- 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;
- modello di dichiarazione sostitutiva allegato al bando di concorso, con elenco dei documenti fotocopiati allegati alla presente domanda di partecipazione.

DATA _____

FIRMA IN ORIGINALE



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del DPR n. 445/2000)

(Serve per certificare la conformità all'originale di copie di documenti allegati alla domanda di concorso)

Il sottoscritto

nato ail

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che l'art. 75 del medesimo Decreto prevede, altresì, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, dichiara che i documenti di seguito elencati, di cui allega copia fotostatica, sono conformi all'originale:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATA _____

FIRMA IN ORIGINALE

si allega fotocopia di un documento di identità non scaduto