

Alla
Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini"
Piazza Bocchera 03
37018 MALCESINE

Il/La sottoscritto/a _____

c h i e d e

di essere ammesso/a al concorso pubblico per soli esami per la copertura di n.03 posti di operatore socio sanitario a tempo indeterminato e orario di n.36 ore settimanali area degli operatori esperti del C.C.N.L. personale del Comparto Funzioni Locali, indetto da codesto Ente.

A tal fine consapevole delle gravi responsabilità penali, come previsto dall'art.76 del D.P.R. n.445.2000, a carico di chi rende dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione false o non più rispondenti al vero, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ il _____ e

risiedere nel Comune di _____ (Prov. _____) Cap _____

in via _____ n. __

telefono _____

cellulare _____

e-mail _____

pec _____

con recapito a (da compilarsi solo in caso di recapito diverso dalla residenza)

Codice Fiscale _____

Cittadinanza

- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere cittadino/a di altro stato membro dell'Unione Europea
se cittadino di altro Stato della UE si dichiara, inoltre:
 - a. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;
 - b. di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, di trovarsi nelle

condizioni dell'art.38 del D.Lgs. n..165.2001 nel testo vigente:
specificare _____;

Diritti politici

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

_____;

di non essere iscritto/a o di essere stato cancellato/a per la seguente ragione:

_____;

per il/la cittadino/a dell'UE non italiani:

indicare il Comune dello Stato di appartenenza in cui esercitano il diritto di voto

_____;

Diritti civili

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

di aver riportato le seguenti condanne in corso

_____;

di avere i seguenti procedimenti penali in corso

_____;

Destituzioni/Dispense/Decadenze:

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

di essere stato destituito, dispensato o decaduto per la seguente ragione

_____;

Idoneità fisica:

di essere incondizionatamente idoneo dal punto di vista psico-fisico all'espletamento delle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l'accertamento del Medico competente ai sensi del D.Lgs. n.81.2008 e successive modifiche;

Titolo di studio:

di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario previsto dal bando di concorso conseguito presso _____ in data _____;

di essere in possesso di altro titolo equipollente (specificare quale):

_____;

- conseguito presso _____
in data _____;

Obblighi militari:

- di aver assolto gli obblighi militari;
 di non aver assolto gli obblighi militari per la seguente ragione
_____;

Inoltre:

- di avere il seguente titolo di preferenza o precedenza (ad esclusione di quello dell'età), ai sensi dell'art.05 del D.P.R. n.487.1994 (se ricorre il caso)
_____;
- di essere portatore di handicap ai sensi della Legge n.104.9292 e di avere necessità, per sostenere gli esami, dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi ai sensi dell'art.20 della Legge richiamata (se ricorre il caso)

_____;

Riserva per i volontari delle FF.AA.

- di appartenere ai sensi degli artt. 678 comma 09 e 1014 commi 01 e 03 del D.Lgs. n.66.2010 ad una delle categorie previste per la riserva del posto (specificare) _____.

Di accettare, senza riserve, le norme e condizioni sia del concorso che dei regolamenti di codesto Ente;

Elenco dei documenti allegati:

01. fotocopia documento d'identità;
02. attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario od equipollente
03. ricevuta versamento tassa concorso.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

01. che la documentazione allegata alla presente domanda in fotocopia semplice è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19-19bis del D.P.R. n.445.2000 ed a tal fine si allega fotocopia di un documento di identità;
02. di aver preso visione delle informazioni comunicate dalla della Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" di Malcesine ai sensi della G.D.P.R. 2016.679.UE;
03. di aver liberamente preso atto che i dati personali sono raccolti e trattati al fine dell'espletamento della selezione ed all'utilizzo della graduatoria degli idonei;
04. di autorizzare la Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" di Malcesine a

trattare i dati personali, anche quelli sensibili indicati nella presente domanda.

firma

data

AVVERTENZE:

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, in forma chiara e leggibile, segnando e completando le voci che interessano;

La Legge commina gravi sanzioni a chi dichiara il falso alla Pubblica Amministrazione con lo scopo di ottenere indebiti benefici;

La dichiarazione falsa o non più corrispondente al vero può essere causa di decadenza dalla eventuale nomina conseguita al termine del concorso.