# 

***DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA PER L’ASSEGNAZIONE TEMPORANEA AL SERVIZIO DI CENTRALINO E PORTINERIA***

All’Amministrazione

AltaVita-Istituzioni Riunite di Assistenza-I.R.A.

Piazza Mazzini 14

35137 P A D O V A

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(riportare cognome e nome completi), nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione interna, per l’assegnazione temporanea al servizio di Centralino/Portineria, bandita con determina n. 232 del 25.06.2021.

Allo scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

1. di chiamarsi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cognome e nome completi);
2. di essere nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_ in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di essere dipendente di AltaVita-IRA, con contratto a tempo indeterminato con il profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e categoria di inquadramento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di essere stato dichiarato “non idoneo” o “idoneo con limitazioni e/o prescrizioni” alle specifiche mansioni dal Medico competente , ai sensi del D. Lgs. 81/2008;
6. di essere incondizionatamente idoneo alle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l’eventuale accertamento del Medico competente, a’sensi del D. L.vo 81/2008;
7. di essere in possesso dei seguenti titoli di precedenza e/o preferenza, ai sensi dell’art. 5 del D.P.R. 487/94, ad esclusione dell’età (se ricorre il caso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

E ALLEGA

* fotocopia non autenticata di valido documento di identità.

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AltaVita - Istituzioni Riunite di Assistenza - I.R.A.

*• già*Istituto di Riposo per Anziani – IRA

*•* Piazzale Mazzini 14 *•* 35137 PADOVA *•*  tel. 0498241511 *•* fax 0498241531

*•* www.altavita.org *•* [segreteriagenerale@altavita.org](mailto:segreteriagenerale@altavita.org) *•* pec: [altavita@legalmail.it](mailto:altavita@legalmail.it)

*•* Partita Iva: 00558060281