

FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Amministrazione di
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 pubblica per la stipula di contratti a tempo determinato di
"Operatore Socio Sanitario" (Area degli Operatori Esperti ex cat. B/B1 CCNL Funzioni locali),
indetto da codesta Amministrazione con determina n. 122 del 14.04.2023.

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

- a. di chiamarsi _____ (cognome e nome completi);
- b. di essere nato il _____ a _____ prov. di _____;
- c. di avere il seguente codice fiscale: _____;
- d. di risiedere a _____ in via _____ n. ___ nr. tel _____;
- e. di essere cittadino italiano;
ovvero:
 - di essere cittadino dello Stato _____ appartenente all'Unione Europea e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
 - ovvero:
 - di essere cittadino dello Stato _____ non appartenente all'Unione Europea, in possesso di uno dei seguenti requisiti:
 - di essere familiare, come da stato di famiglia, di un cittadino di Stato dell'Unione Europea ed essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
 - essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
 - essere titolare dello status di rifugiato;
 - essere titolare dello status di protezione sussidiaria;
- e, inoltre, di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;
- f. di essere in possesso del titolo di qualifica professionale di: _____
(indicare uno tra quelli riportati nella sezione "requisiti specifici");
- g. di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico all'espletamento delle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l'accertamento del Medico competente a'sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche;
- h. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero specificare i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle stesse; per i cittadini non italiani

indicare la località dello Stato di appartenenza ovvero l'Ufficio in Italia in cui esercitano il diritto di voto);

- i. di non aver subito condanne penali (ovvero specificare le condanne subite precisando inoltre se fossero intervenuti amnistia indulto condono o perdono giudiziale);
- j. di non avere procedimenti penali in corso (ovvero specificare i procedimenti penali in corso);
- k. 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;
- l. di non essere stato licenziato da precedenti rapporti di lavoro presso pubbliche amministrazioni per giusta causa o giustificato motivo soggettivo;
- m. di essere nella posizione di _____ per quanto riguarda gli obblighi militari (per i soli candidati di sesso maschile tenuti al servizio);
- n. di avere il seguente titolo di preferenza o precedenza (ad esclusione di quello dell'età), a'sensi dell'art. 5 del D.P.R. 487/94 _____ :: _____ (solo se ricorre il caso);
- o. di avere il seguente titolo di preferenza o precedenza, a'sensi degli artt. 1014 e 678 del D. Lgs 66/2010 _____ (solo se ricorre il caso);
- p. di essere portatore di handicap a'sensi della L. 104/92; di avere necessità, per sostenere l'esame dei seguenti ausili e tempi aggiuntivi a'sensi dell'art. 20 della legge richiamata _____ (solo se ricorre il caso);
- q. l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate comunicazioni è il seguente _____;
- r. di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA INOLTRE

- fotocopia non autenticata di valido documento di identità;
- ricevuta del versamento di € 10,00 a titolo di rimborso spese concorso.

data _____

firma _____