

# MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

## Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

**OGGETTO:** DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 2 (DUE) POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE, CATEGORIA D – POSIZIONE ECONOMICA D - C.C.N.L. DEL COMPARTO SANITA' PUBBLICA, PRESSO L'A.S.P. D. MORO DI MORSANO AL TAGLIAMENTO.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ ( ) il ____/____/____
codice fiscale _____
residente in (via/corso/piazza) _____ n° _____
località _____ provincia _____ C.A.P. _____
telefono _____ cellulare _____ mail _____

### CHIEDE

con la presente di poter partecipare al concorso pubblico in oggetto e, a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI	<p><input type="checkbox"/> di essere cittadino_ italiano_;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadino_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;</p> <p><input type="checkbox"/> di essere cittadino_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;</p> <p><input type="checkbox"/> (altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001) _____</p> <p><input type="checkbox"/> di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____</p> <p>ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---------------------------------	--

# MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

## Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

CONDIZIONI DI IDONEITA' ALL' IMPIEGO	<input type="checkbox"/> di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso ( <i>in caso affermativo specificare nelle note</i> ) <input type="checkbox"/> di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni <input type="checkbox"/> di non essere decaduto, di non essere stato destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici ( <i>in caso affermativo specificare nelle note</i> ) <input type="checkbox"/> di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari ( <i>in caso negativo specificare nelle note</i> )
NOTE	_____ _____ _____
TITOLO DI STUDIO	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere il seguente titolo di studio ( <i>indicare la denominazione completa e l'eventuale classe di laurea</i> ): _____ rilasciato dal _____ di _____ nell'anno _____ con la seguente votazione finale ____/____
IN CASO DI TITOLO EQUIPOLLENTE	Estremi della normativa che sancisce l'equipollenza _____ rilasciato dall'ente/istituto _____ con sede in _____ in data _____
ISCRIZIONE ALBO	<input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del Collegio di _____ n. _____ del _____ <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese dell'Unione Europea) <input type="checkbox"/> di essere iscritto all'Albo professionale del _____ (paese terzo)
PATENTE GUIDA	<input checked="" type="checkbox"/> di possedere la Patente di guida categoria "____" e di essere disponibile all'utilizzo dei mezzi in dotazione all'ASP
PREFERENZE RISERVE	<input type="checkbox"/> di possedere, al fine dell'applicazione del diritto di preferenza di cui ai DD.P.R. 487/1994 e 693/1996, art. 5, così come modificato dalla Legge n. 127 del 15.05.1997, il/i seguente/i titolo/i _____ _____ <input type="checkbox"/> di aver diritto alla riserva di _____
LINGUA STRANIERA	<input checked="" type="checkbox"/> di scegliere, per l'accertamento di una lingua straniera durante la prova orale, la lingua: <input type="checkbox"/> INGLESE <input type="checkbox"/> FRANCESE <input type="checkbox"/> TEDESCO <input type="checkbox"/> SPAGNOLO

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

# MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

## Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

DICHIARAZIONI	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nel bando di concorso ed in particolare quanto indicato ai paragrafi “<b>G)PROGRAMMA D'ESAME</b>” – “<b>I)DIARIO DELLE PROVE</b>” e “<b>N) COMUNICAZIONI</b>”</li><li>✓ di essere a conoscenza che la violazione degli obblighi derivanti dal D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) costituisce causa di risoluzione;</li><li>✓ il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al “<b>TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</b>” di cui al relativo titolo “<b>T</b>” richiamato nel bando ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003, per gli adempimenti connessi al presente concorso;</li><li>✓ di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto all'Amministrazione dell'Azienda le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella domanda, esonerando l'Amministrazione medesima da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.</li></ul>
BENEFICI PREVISTI DALL' ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 104	<p>Il/la sottoscritto/a _____ riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap ai sensi della Legge 5.2.1992, n. 104 con provvedimento in data _____ emesso da _____</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> dichiara di possedere il requisito di cui all'art. 20, comma 2 bis, della Legge 104/1992 (persona affetta da invalidità uguale o superiore all' 80%) in base al quale non è tenuto a sostenere la prova preselettiva;</li><li><input type="checkbox"/> chiede di poter fruire per le prove d'esame di un tempo aggiuntivo rispetto a quello che sarà concesso agli altri candidati, nella misura determinata da _____ come segue _____</li><li><input type="checkbox"/> dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____ _____</li><li><input type="checkbox"/> allega idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria pubblica competente, che ne specifica gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.</li></ul>
ALLEGATI	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/la sottoscritto/a;</li><li><input type="checkbox"/> curriculum formativo e professionale;</li></ul> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ricevuta di versamento della tassa di ammissione al concorso.</p> <p>Altra eventuale documentazione allegata, anche integrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> _____</li><li><input type="checkbox"/> _____</li><li><input type="checkbox"/> _____</li></ul>

Chi utilizza il presente modello è pregato di barrare e/o compilare solo le parti che lo riguardano

# MODULO DOMANDA DI AMMISSIONE – ALLEGATO 1

## Concorso per Collaboratore professionale sanitario - Infermiere

[Digitare il nome dell'autore]

---

Le eventuali comunicazioni riguardanti il concorso dovranno essere indirizzate a:

<i>(cognome e nome)</i>		<i>(città)</i>		<i>(provincia)</i>	
<i>(indirizzo)</i>					
				<i>(C.A.P.)</i>	
<i>(telefono rete fissa)</i>		<i>(telefono cellulare)</i>		<i>(indirizzo e-mail)</i>	

<i>___/___/___</i>	
<i>(data)</i>	<b>FIRMA PER ESTESO E LEGGIBILE</b> La firma non deve essere autentica ai sensi dell'art. 39 c.1 D.P.R. 445/2000

**N.B. LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA UNITAMENTE A FOTOCOPIA (FRONTE/RETRO) DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA'**