

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

All'Ufficio Protocollo di
AZIENDA SPECIALE COMUNALE
"CREMONA SOLIDALE"
Via Brescia, 207
26100 - CREMONA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (prov. _____) il _____
C.F. _____
residente in _____ (prov. _____) cap. _____
via _____
tel. n. _____ cell. N. _____ e-mail _____
domiciliato a: (COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA - domicilio presso il quale inviare ad ogni effetto, qualsiasi comunicazione relativa al presente concorso): via _____
cap _____ città _____ prov _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla **Selezione Pubblica, per soli esami, per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato di "Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE" (Cat. D. – C.C.N.L. comparto SSN).**

A tale scopo, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 e consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali secondo quanto disposto dagli artt. 75 – 76 DPR 445/2000,

DICHIARA:

- a) di essere cittadino/a italiano
OPPURE
 di essere cittadino/a _____ in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 165/2001, come da dichiarazione allegata (Allegato A);
- b) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero il motivo della non iscrizione);
- c) di essere di stato civile _____;
- d) di essere fisicamente idoneo/a a svolgere le mansioni connesse al posto;
- e) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione
- f) di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (in alternativa indicare le condanne penali subite e/o i procedimenti penali in corso);
- g) di avere conseguito il titolo di (indicare il titolo di studio indicato dal bando) _____ presso _____ nell'anno _____ riportando la valutazione di _____;

h) di aver prestato

OPPURE

di non aver prestato

servizio presso Pubbliche Amministrazioni e le eventuali cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego;

solo per gli interessati:

i) di essere portatore di handicap a seguito di accertamenti effettuati dalle commissioni mediche di cui all'art.4 della legge 104/1992 e di avere necessità dei seguenti ausili ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi:_____;

j) di essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva e del servizio militare;

k) di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto l'eventuale variazione di indirizzo agli uffici amministrativi di codesta Azienda sollevandola da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario;

l) di aver preso conoscenza dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003;

m) di conoscere ed accettare senza riserve le condizioni previste dal bando di selezione;

n) di autorizzare Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale all'utilizzo dei propri dati personali in applicazione dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003

o) Di aver adeguata conoscenza della lingua italiana;

Allega altresì:

a) un curriculum vitae dettagliato datato e firmato;

b) copia del **Titolo di studio di Laurea di primo livello in Infermieristica** ovvero diplomi ed attestati conseguiti in base al precedente ordinamento riconosciuti equipollenti ai sensi del D.M. 27.07.2000 (per i candidati che hanno conseguito titoli di studio presso Istituti esteri devono dichiarare altresì gli estremi del provvedimento di equipollenza del titolo posseduto a quello italiano richiesto dal bando)

c) fotocopia documento d'identità in corso di validità;

d) fotocopia certificato di iscrizione al relativo albo professionale in data non anteriore a sei mesi rispetto alla scadenza del bando;

e) Dichiarazione sostitutiva di cittadinanza – Allegato A (non per cittadini italiani);

f) Dichiarazione sostitutiva di notorietà per documenti conformi agli originali - Allegato B.

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità che quanto su affermato corrisponde a verità e si obbliga a provarlo mediante presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabiliti dal concorso.

Data, _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA - CITTADINANZA
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____, residente a _____ (prov. _____)
in Via _____ n. _____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.
445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara:

- di essere equiparato al cittadino italiano _____ (precisare l'equiparazione);
- di essere cittadino del seguente Paese dell'Unione Europea: _____;
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea:
_____, di essere familiare (indicare vincolo) _____
di _____ (indicare cognome e nome, luogo e data di nascita,
residenza anagrafica, cittadinanza - Paese UE) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di
soggiorno permanente, come da permesso n. _____ rilasciato il _____ dalla
Questura di _____ (scadenza _____);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea:
_____ e di essere titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti
di lungo periodo n. _____ rilasciato il _____ dalla Questura di
_____ (scadenza _____);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea:
_____ e di essere titolare del permesso di soggiorno per lo status di
rifugiato n. _____ rilasciato il _____ dalla Questura di _____
(scadenza _____);
- di essere cittadino del seguente Paese non appartenente all'Unione Europea:
_____ e di essere titolare del permesso di soggiorno per lo status di
protezione sussidiaria n. _____ rilasciato il _____ dalla Questura di _____ (scadenza
_____).

Data _____

(firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____, residente a _____ (prov. ____)
in Via _____ n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti (*elencare documenti*):

Data _____

IL DICHIARANTE
