

Spett.le  
 Azienda pubblica di servizi alla persona  
 della Carnia "San Luigi Scrosoppi"  
 Via G. Morgagni, n. 5  
 33028 TOLMEZZO

**CONCORSO PUBBLICO PER SOLI ESAMI PER LA COPERTURA DI N. 7 POSTI DI "INFERMIERE" A TEMPO INDETERMINATO E PIENO - AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI - C.C.N.L. COMPARTO SANITA' presso l'A.S.P. della Carnia "San Luigi Scrosoppi".**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_) il  
 \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_) Via/Piazza  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, con recapito telefonico  
 \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso/a al concorso pubblico in oggetto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole del fatto che le dichiarazioni rese e sottoscritte nella presente domanda hanno valore di autocertificazione per essere prodotte in sostituzione della relativa certificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e che nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, si è puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000),

**D I C H I A R A**

CITTADINANZA E DIRITTI POLITICI	<input type="checkbox"/> di essere cittadino_ italian_; <input type="checkbox"/> di essere cittadino_ di uno Stato membro dell'Unione Europea e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; <input type="checkbox"/> di essere cittadino_ extracomunitari_ e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana; <input type="checkbox"/> (altra fattispecie disciplinata dall'art. 38 del D.Lgs. 165/2001) _____  <input type="checkbox"/> di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero (indicare il motivo della eventuale cancellazione o mancata iscrizione) _____ _____ _____ _____
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 _____ _____ _____
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) <input type="checkbox"/> di essere in pendenza di iscrizione all'Albo Professionale del Collegio di _____
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 cui agli artt. 1014 e 678 del D.Lgs 66/2010 per i volontari delle FF.AA.
DICHIARAZIONI	<input checked="" type="checkbox"/> 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>7) PRESELEZIONE – 8) COMUNICAZIONI – 10) MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEL CONCORSO e-11) DIARIO DELLE PROVE</b> 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; <input checked="" type="checkbox"/> il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al paragrafo 14) <b>TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INFORMATIVA)</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; <input checked="" type="checkbox"/> 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.
BENEFICI PREVISI DALL' ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N. 104	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 _____ <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; <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 _____ <input type="checkbox"/> dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____ <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.

