

(SCHEMA DOMANDA PARTECIPAZIONE)
(da compilare in carta semplice)

AL COMUNE DI RUFFANO
UFFICIO PERSONALE
CORSO MARHERITA SAVOIA
73049 - RUFFANO

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per colloquio ai fini della formazione di una graduatoria per l'assunzione a tempo determinato part time 18 ore di personale con profilo professionale di Assistente Sociale D/1.

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a.....il

Residente in Via.....n.

Comune.....Prov. (.....) c.a.p.

Telefono
...../.....Cellulare.....

Codice fiscale

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica di cui in oggetto e, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana (per cittadini degli stati membri dell'Unione Europea: il possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea);
- di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero per i cittadini di stati membri dell'U.E., il godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza);
- di possedere l'idoneità fisica alle mansioni da svolgere;
- di essere in regola nei riguardi degli obblighi militari (se dovuti);
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Conseguito _____ in _____ data _____
presso _____

con il seguente punteggio _____
(I candidati in possesso di titoli di studio equipollenti a quello indicato nel bando di concorso dovranno indicare il provvedimento normativo che sancisce l'equipollenza. I candidati che hanno conseguito i titoli di studio all'estero dovranno indicare il riferimento normativo che legittima l'equipollenza del proprio titolo di studio con quello italiano che dovrà essere anteriore

alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di partecipazione alla presente selezione pubblica);

- di aver conseguito l'abilitazione professionale il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale degli Assistenti Sociali di _____;
- di possedere un'adeguata conoscenza della lingua inglese;
- di possedere una buona conoscenza dell'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse (office, windows, internet e e-mail, ecc.);
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali o misure che comportino l'interdizione o l'esclusione, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi o la decadenza dagli stessi presso enti pubblici;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- (eventuale) di appartenere alla categoria dei soggetti di cui all'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e di richiedere i seguenti ausili ed eventuali tempi aggiuntivi per svolgere la prova selettiva in relazione al proprio stato di handicap, di cui allega certificazione medica: _____;
- di accettare incondizionatamente tutte le norme stabilite dal bando e dal vigente Regolamento comunale per l'accesso agli impieghi e per lo svolgimento delle procedure concorsuali;
- di aver provveduto al versamento della tassa di concorso;
- di possedere una adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini degli stati membri dell'Unione Europea);

Inoltre, dichiara di voler ricevere le comunicazioni riguardanti il concorso in oggetto al seguente indirizzo:

Via _____ n _____
Comune _____ Prov. (_____) c.a.p. _____
Telefono _____ Cellulare _____
PEC _____ riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso tramite raccomandata AR/PEC.

Il/la sottoscritto/a, infine, dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di autorizzare il Comune di Ruffano al trattamento dei dati personali per lo svolgimento di tutte le operazioni inerenti il procedimento in oggetto, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003.

_____, li _____.

Firma _____

SI ALLEGANO:

- Ricevuta comprovante l'avvenuto versamento, non rimborsabile, di € **10,33** mediante versamento sul C/C **postale N. 14110738**,
- Copia fotostatica di un proprio documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità tra quelli indicati nell'art. 35 del D.P.R. n. 445/2000 con firma non autenticata;

_____, li _____.

Firma _____