

SCHEMA DI DOMANDA (da compilarsi in carta semplice in stampatello completando le righe e/o barrando con una x la casella in caso di requisito posseduto)

Riservato all'Ufficio Personale

Riservato all'Ufficio Protocollo

**Al Responsabile Area Finanziaria
Servizio Personale Associato
del Comune di S.Vito al Tagliamento
Servizio Personale-Gestione associata
Piazza del Popolo 38
33078 San Vito al Tagliamento – PN**

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso a partecipare al concorso pubblico per esami per l'assunzione di n.4 Assistenti Sociali Cat.D - a tempo pieno ed indeterminato da assegnare al Servizio Sociale presso l'UTI TAGLIAMENTO.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del suddetto Decreto, quanto segue:

Cognome _____ nome _____,

data nascita _____ luogo nascita _____,

SESSO: M F codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO: Via _____

N.CIVICO _____ **COMUNE DI RESIDENZA** _____

PROV. _____ **CAP.** _____

Recapito telefonico/ cellulare _____

e-mail _____ email certificata –PEC- _____

altro eventuale recapito telefonico _____

Eventuale RECAPITO presso cui indirizzare le comunicazioni relative alla selezione se diverso da quello di residenza

Presso: _____ INDIRIZZO : Via _____

N. _____ Località: _____ PROV _____ CAP _____

email o –PEC- _____

-ATTENZIONE –

IL CANDIDATO DEVE BARRARE LE CASELLE IN CASO DI POSSESSO DEL REQUISITO, E DOVE RICHIESTO, COMPLETARE CON I DATI MANCANTI (la mancata o parziale compilazione comporta una richiesta di integrazione dati)

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CITTADINANZA ITALIANA;**
- DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI ;**
- DI ESSERE ISCRITTO/A ALLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI: _____**

in caso negativo indicare i motivi della mancata iscrizione o cancellazione dalle liste medesime:

Solo per i cittadini membri di uno Stato dell'Unione Europea:

<input type="checkbox"/> DI ESSERE CITTADINO/A DELLO STATO : _____ e di possedere i requisiti di cui all'art. 3 del DPCM 7.2.1994 n. 174);
<input type="checkbox"/> DI AVERE UN'ADEGUATA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA;
<input type="checkbox"/> DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI anche nello Stato di appartenenza o provenienza;

- DI POSSEDERE IL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO :***(qualora conseguito all'estero indicare se lo stesso è equipollente a quello italiano riportandone gli estremi normativi)

LAUREA IN _____ classe di

laurea _____

Con punteggio finale di _____ conseguito presso:

_____ **sede e indirizzo:**

_____ **in data** ____/____/____

- Di essere iscritto all'Albo degli Assistenti Sociali di _____ n. _____**

- (Per i soli candidati interessati): DI TROVARSI ATTUALMENTE NELLA SEGUENTE POSIZIONE NEI CONFRONTI DEGLI OBBLIGHI DI LEVA:** _____
- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA PATENTE DI GUIDA CAT. B in corso di validità;**
- DI NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI E/O DI NON AVERE PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO;**
oppure
- DI AVER RIPORTATO LE SEGUENTI CONDANNE PENALI E/O DI AVERE I SEGUENTI PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO:** (nel caso di **condanne penali** indicare la data della sentenza, l'autorità che l' ha emessa, il reato commesso, anche in caso di condanne condonate, di amnistia, perdono giudiziale, sospensione della pena o non menzione; nel caso di **pendenze penali** dovranno venire specificamente dichiarati citando gli estremi del procedimento nonché i reati per cui si procede) _____
-
- DI NON ESSERE INCORSO/A NELLA DESTITUZIONE, NELLA DISPENSA, NELLA DECADENZA O NEL LICENZIAMENTO SENZA PREAVVISO DA PRECEDENTE IMPIEGO PRESSO PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;**
- DI ESSERE POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI PREFERENZA** (ai sensi art.5 del D.P.R. 487/1994 e successive modifiche ed integrazioni, i **titoli non dichiarati non saranno presi in considerazione**): _____
-
- DI ESSERE IN POSSESSO DELL'IDONEITA' FISICA PER LE MANSIONI RICHIESTE** (per i candidati con **disabilità** allegare certificazione medica circa l'idoneità fisica alle mansioni del posto da ricoprire oppure di **compatibilità** delle residue capacità lavorative con le specifiche mansioni da svolgere);
- DI CONOSCERE LA LINGUA INGLESE;**
- DI CONOSCERE I SISTEMI APPLICATIVI INFORMATICI DI BASE E STRUMENTI WEB;**

SEZIONE RISERVATA AI PORTATORI DI HANDICAP:

- Il sottoscritto dichiara di essere portatore di handicap** e di avere necessità, ai sensi dell'art. 20 della L. 5.2.1992 n. 104, di tempi aggiuntivi ovvero degli strumenti di ausilio indicati nell'apposita **certificazione medica allegata** alla presente e rilasciata in conformità a quanto previsto dalla Circolare 24.07.1999 n. 6 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica (da barrare e compilare soltanto da parte dei concorrenti interessati): **(indicare gli ausili ed eventuali tempi aggiuntivi necessari in sede di esame, in relazione allo specifico handicap)**
-
-

IL/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

- *di accettare, senza riserva alcuna, l'avviso di selezione a cui partecipa;*

- *di essere a conoscenza che l'Amministrazione San Vito al Tagliamento non si assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito o da mancanza o tardiva comunicazione del cambiamento degli indirizzi e recapiti, né per eventuali disguidi postali o telegrafici non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa;*
- *di essere a conoscenza che l'Amministrazione comunale di San Vito al Tagliamento si riserva di prorogare, annullare e modificare il presente avviso senza che possano esser avanzate richieste di risarcimento o pretesa alcuna;*

Il/La sottoscritto/a si impegna a notificare tempestivamente, utilizzando le stesse modalità di invio della domanda di partecipazione, le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Il/La sottoscritto/a **allega** alla presente:

- copia fotostatica di un documento di identità (in corso di validità);
- Certificato rilasciato dalla Commissione Medica per l'accertamento della disabilità completo di relazione conclusiva ai fini della riserva di posto di cui all'art.1 della L.68/99 e certificato medico circa l'idoneità fisica alle mansioni del posto da ricoprire oppure di compatibilità delle residue capacità lavorative con le specifiche mansioni da svolgere;
- eventuali altri documenti :

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto di quanto previsto dagli artt. 12 e 13 del Regolamento UE n. 679/2016 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

Firma _____