

FAC-SIMILE DOMANDA DA TRASCRIVERE SU CARTA LIBERA

AL CENTRO SERVIZI ANZIANI DI ADRIA
RIVIERA S. ANDREA, 4
45011 ADRIA (RO)

....L.... SOTTOSCRITT.....
(cognome e nome eventuale cognome da coniugata/o)
NAT... NEL COMUNE DI (PROVINCIA DI)
(STATO), IL E RESIDENTE NEL
COMUNE DI (PROVINCIA DI) (STATO
DI), VIA N.
CAP TELEFONO/CELLULARE N.....
MAIL..... STATO CIVILE.....

CHIEDE DI ESSERE AMMESS.... AL CONCORSO PUBBLICO PER SOLI ESAMI, PER LA
COPERTURA DI 2 POSTI DI INFERMIERE PROFESSIONALE A ORARIO PIENO E A TEMPO
INDETERMINATO C.C.N.L. COMPARTO FUNZIONI LOCALI - CAT. D, POSIZIONE ECONOMICA
1 – INDETTO DAL CENTRO SERVIZI PER ANZIANI DI ADRIA.

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI CIVILI E PENALI, PER LE IPOTESI DI FALSITA'
IN ATTI, DICHIARA QUANTO SEGUE:

- Di essere in possesso della cittadinanza(....)
(specificare se italiana o di altro Stato della UE);
- Di godere dei diritti civili e politici;
- Di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di (in caso
di cancellazione indicare il motivo);
- Di avere conoscenza della lingua italiana (solo per i candidati appartenenti alla UE);
- Di non avere un'età inferiore ad anni 18 e non superiore ai 55 anni [56 anni non compiuti] alla
data di scadenza del termine per la presentazione delle domande
- Di essere fisicamente idoneo/a all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione
richiesta dal posto messo a concorso;
- Di essere in regola con gli adempimenti relativi agli obblighi della leva militare (ovvero di non
essere soggetto agli obblighi di leva - per le donne);
- Di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (in caso
contrario, indicare le condanne riportate ed i procedimenti penali in corso);
- Di non essere stato/a destituito/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione e di non
essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico (in caso contrario indicare le
cause della destituzione, della dispensa o della decadenza);
- Di aver preso visione delle informazioni comunicate dal centro Servizi per Anziani di Adria nel
bando di concorso prot. n. del e di aver liberamente preso atto che i dati sensibili e personali
del/la sottoscritto/a sono raccolti e trattati al fine dell'esecuzione degli adempimenti delle
procedure relative alla selezione;
- Che è riconosciuto al/alla sottoscritto/a il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare,
integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti;
- Di aver diritto alla precedenza e/o preferenza in caso di pareggio di punteggio, in
quanto

dichiara altresì:

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto dal bando di concorso prot. n.
di.....conseguito

- presso.....in data.....
- Di essere iscritto all'ordine professionale di al n.
 - Di accettare le norme e le condizioni previste dal bando;
 - Di dare consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di privacy per quanto necessario all'espletamento della procedura ed eventuale assunzione;

Chiede altresì che ogni comunicazione relativa al concorso venga inviata al seguente indirizzo:

.....

.....

Allego:

- Ricevuta comprovante il versamento della tassa concorso;
- Copia del titolo di studio richiesto;
- Copia dell'iscrizione all'ordine professionale;
- Fotocopia in carta semplice del documento d'Identità.

DATA _____

FIRMA (NON AUTENTICATA)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (Art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (____) il _____
(comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo stato) (prov.)
residente a _____ (____)
(comune di residenza) (prov.)
in _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA