

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le Istituto Assistenza Anziani  
Via S. Baganzani, 11  
37124 - VERONA

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 3 POSTI DI OPERATORE SOCIO SANITARIO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. B. 1 C.C.N.L. FUNZIONI LOCALI).**

Il/La sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura di n. 3 posti a tempo pieno e indeterminato in qualità di Operatore Socio Sanitario (Cat. B. 1 C.C.N.L. Funzioni Locali)

**A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere**

**DICHIARA**

1 di essere nato/a a.....prov.....il .....  
Codice Fiscale.....

2 di essere residente a.....prov.....CAP.....  
in via .....n.....  
tel.....Mail.....Pec.....

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la presente selezione a questi recapiti:

Città.....prov.....CAP.....  
in via .....n.....  
tel.....Mail.....Pec.....

- 3  di essere in possesso della cittadinanza italiana  
 di essere in possesso della cittadinanza del seguente stato membro dell'Unione Europea .....
- di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea e di essere in possesso del diritto di soggiorno o diritto di soggiorno permanente  
 di essere cittadino di Paesi Terzi titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo  
 di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria

- 4  di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di.....  
ovvero  
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo .....

5  di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
ovvero  
 di aver riportato le seguenti condanne .....e di  
avere i seguenti procedimenti penali in corso .....

6  di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego in una Pubblica Amministrazione, e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico  
ovvero  
 di essere stato destituito o dispensato dall'impiego in una Pubblica Amministrazione, e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico

7 di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
 **ATTESTATO DI QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO**  
conseguito il .....  
presso l'Ente di Formazione.....

**TITOLO EQUIPOLLENTE A QUELLO DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO**  
Titolo:.....  
conseguito il..... per complessive ore.....  
presso l'Ente di Formazione .....

8 di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio:  
TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....punteggio finale.....  
TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....punteggio finale.....  
TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....punteggio finale.....

9 di aver prestato servizio presso:  
Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale..... Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale..... Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno.....  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria / Livello.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al(giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  
 Tempo parziale .....(indicare % part-time)



11  di essere in possesso dei seguenti titoli indicati nella TABELLA PREFERENZE di cui al bando, che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio

.....  
.....

Ove il candidato non specifichi se e di quali titoli sia in possesso, sarà considerato privo di tale requisito di precedenza/preferenza.

12  di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al profilo professionale della selezione

13  di accettare incondizionatamente le condizioni previste dalla normativa vigente nonché dal Regolamento Organico del personale dell'Istituto Assistenza Anziani

14  di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. e ii., nonché del vigente GDPR, al trattamento dei dati personali forniti, per le finalità connesse alla procedura selettiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, che le copie dei documenti/titoli eventualmente allegati sono conformi agli originali, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma