

**Al Direttore
della Casa di Riposo
Comm. A. Michelazzo
Via Roma n. 69
36040 Sossano (VI)**

Il sottoscritt _____ nat_ a _____, il _____ e residente nel Comune di _____ in via _____ recapito telefonico _____, fax _____ mail _____

CHIEDE

Di essere ammess_ a partecipare al concorso pubblico per l'assunzione a tempo indeterminato e pieno di n. 6 Infermieri professionali (cat. C/C1) secondo il CCNL vigente.

All'uopo, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

(segnare con una crocetta)

- di essere cittadin_____ ai sensi dell'art. 38 D.Lgs. 165/2001;
- di godere dei diritti civili;
- di essere iscritt_ nelle liste elettorali del Comune di _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
Data conseguimento _____ Votazione _____;
- di essere iscritto all'IPASVI al n. _____;
- di non avere precedenti né pendenze penali
oppure
 di avere i seguenti precedenti e/o pendenze penali _____;
- di essere nella seguente posizione rispetto agli obblighi militari _____;
- di essere in possesso della idoneità fisica incondizionata all'impiego richiesto ed essere esente da infermità o imperfezioni che possano influire sul rendimento in servizio
oppure
 di essere portatore delle seguenti imperfezioni o infermità _____ e di chiedere l'uso dei seguenti ausili _____;
- di non essere stat_ destituit_ o dispensat_ o licenziat_ da impieghi presso una pubblica amministrazione;
- di non essere stat_ dichiarat_ decadut_ da un impiego presso una pubblica amministrazione;
- di non essere stat_ destituit_ decadut_ dall'impiego statale, ai sensi dell'art. 127, comma 1, lettera d) del Testo Unico n. 3/1957;
- di aver preso visione delle informazioni comunicate dalla Casa di Riposo Comm. A. Michelazzo ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679;
- di allegare:
 - copia diploma di laurea in Scienze Infermieristiche (o equipollente) o autodichiarazione del possesso del diploma di laurea in Scienze Infermieristiche o equipollente;
 - ricevuta di versamento della tassa di ammissione al concorso, a favore della Casa di Riposo Comm. A. Michelazzo di Sossano (VI) con causale del versamento indicare: *tassa concorso Infermiere professionale*;
 - copia del Curriculum vitae;
 - certificato di iscrizione all'IPASVI;
 - eventuali documenti che il concorrente voglia produrre per provare eventuali preferenze a parità di punteggio;
 - eventuale titolo di appartenenza a una delle categorie protette, di cui alla L. 68/99, per gli aventi diritto al collocamento obbligatorio;
 - Di allegare copia della Carta d'Identità;

- sottoscritt_ si impegna a frequentare eventuali corsi di formazione che l'amministrazione dovesse indire nell'ambito delle vigenti norme di legge;
- sottoscritt_ desidera ricevere ogni comunicazione relativa alla presente selezione al seguente indirizzo: _____

Luogo e data: _____
Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 47 DPR 445/2000)

In riferimento alla domanda di partecipazione al concorso pubblico per titoli ed esami a 6 posti di Infermiere professionale (Cat. C – posizione economica C1) a tempo indeterminato e a tempo pieno, il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR n..445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, che le allegate copie dei sotto elencati titoli, sono conformi agli originali:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Data _____

Firma _____

