

**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. 1 POSTO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO IN QUALITA' DI FISIOTERAPISTA (CAT. C. 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 n. 1 posto a tempo pieno e indeterminato in qualità di Fisioterapista. (Cat. C. 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:

Diploma di Terapista della Riabilitazione

conseguito il ..... presso .....  
con votazione.....

Laurea di primo livello in Fisioterapista

conseguito il ..... presso .....  
con votazione .....

Laurea magistrale in Fisioterapista

conseguito il ..... presso .....  
con votazione .....

Titolo riconosciuto equipollente in Italia.....

conseguito il ..... presso .....  
data di riconoscimento da parte delle competenti autorità.....

8 Di essere iscritto all'Albo dei Fisioterapisti

dal ..... n. di iscrizione .....

9 di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio:

TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....

TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....

TITOLO.....  
conseguito il ..... presso .....

10 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)



- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....
- Titolo del corso: .....n.  
crediti ECM.....  
dal ..... al ..... presso .....

12  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

.....  
.....

ovvero

di non esserne in possesso

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

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

15  di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e 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