

ALLEGATO A (fac simile)

**Al Segretario Direttore
dell'IPAB "Comm. A. Michelazzo"
Via Roma n. 69
36040 SOSSANO (VI)**

Oggetto: domanda di partecipazione al concorso pubblico, per soli esami, per la copertura di otto posti di "Operatore socio-sanitario" - inquadramento in categoria giuridica "B", posizione economica di ingresso "1" come previsto dal CCNL del comparto "Funzioni locali" e CCNL precedenti ("Regioni ed Autonomie locali" ancora in vigore -, tramite assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo pieno e indeterminato.

I sottoscritt _____

codice fiscale _____

nat_ a _____, il _____

residente nel Comune di _____

in via _____ . n. _____

CHIEDE

di essere ammess ___ a partecipare al concorso di cui all'oggetto.

All'uopo, sotto la propria responsabilità, per gli effetti dell'articolo 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate all'articolo 76 DPR in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, come disposto all'art. 75 del richiamato DPR,

DICHIARA

(segnare con una crocetta o completare con le informazioni richieste)

- di essere cittadino/a _____
- di godere dei diritti civili;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di:

oppure

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per i seguenti motivi

- di non avere subito condanne penali né di avere procedimenti penali in corso

oppure

di avere i seguenti precedenti e/o pendenze penali

_____;

- 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;
- (*solo per i candidati si sesso maschile*) 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 essere in possesso dell'attestato di "Operatore socio-sanitario" (ex legge regione Veneto n. 20/2001), conseguito in data _____

rilasciato da _____;

oppure

del seguente titolo di studio equipollente all'attestato di "Operatore socio-sanitario" (ex legge regione Veneto n. 20/2001),

conseguito in data _____

rilasciato da _____;

- di essere in possesso della patente di guida di tipo B;
- di essere in possesso dei titoli che danno diritto a riserva, precedenza o preferenza, riportati nell'allegato C (*in caso di assenza di titoli, firmare e trasmettere comunque l'Allegato C unitamente alla domanda di partecipazione al concorso*);
- di aver preso visione delle informazioni comunicate dall'IPAB "Comm. A. Michelazzo" ai sensi degli articoli 13 del Regolamento UE 2016/679 e di autorizzare l'IPAB a trattare i propri dati personali al fine dell'esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative al concorso, alla formazione della graduatoria e all'utilizzo della medesima;

Allega:

1. ricevuta di versamento della tassa di ammissione al concorso, a favore dell'IPAB "Comm. A. Michelazzo" di Sossano (VI) (come causale del versamento indicare: *tassa concorso "Operatore socio-sanitario"*);
2. eventuali documenti che il concorrente voglia produrre per provare eventuali preferenze a parità di punteggio, dichiarati "conformi all'originale" utilizzando lo scheda allegato B;
3. eventuale titolo di appartenenza a una delle categorie protette, di cui alla legge 68/99, per gli aventi diritto al collocamento obbligatorio;
4. copia di documento di identità in corso di validità;

Comunica infine che i propri recapiti per comunicazioni inerenti il presente concorso sono i seguenti:

Residenza:

via _____ n _____

Comune _____ CAP _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

via _____ n _____

Comune _____ CAP _____

Telefono

Cellulare _____ Fisso _____

Posta elettronica

Luogo e data

Firma
