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 DI FUNZIONARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO TECNICO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. D. 3 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. ……posto/i di ……

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:

- ❑ ……..…… della durata di ……anni
  conseguito il ……. presso ……...
  con votazione ……
- ❑ Titolo riconosciuto equipollente in Italia…….
  conseguito il ……. presso ……..
  data di riconoscimento da parte delle competenti autorità…….

8 Abilitazione all'esercizio della professione di ingegnere e/o architetto conseguita il ……..…….. 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 in Area Tecnica presso le seguenti IPAB o enti pubblici, per almeno tre anni, rapportati all'orario a tempo pieno (36 ore):

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 aver prestato, inoltre, i seguenti ulteriori servizi (oltre a quelli precedentemente dichiarati) 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)

12 di aver frequentato i seguenti corsi ai fini degli obblighi formativi previsti:

- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...

- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……n. crediti …….
  dal …… al …… presso ……..…..……...

Indicare di seguito note eventuali:
……
……
……
……
……

13 di aver frequentato i seguenti ulteriori corsi:

- ❑ Corso per Addetto Antincendio rischio alto (16 ore)
  dal …… al …… presso ……
  e relativa idoneità conseguita il ……..;
- ❑ Corso per Addetto al Pronto Soccorso DM 338/ 2003 (12 ore)
  dal …… al …… presso ……
- ❑ Attestato di esecutore BLSD e/o relativi re-training
  dal …… al …… presso ……
- ❑ Formazione Generale del Lavoratore secondo l'Accordo Stato-Regioni 221/2011 (4 ore)
  dal …… al …… presso ……
- ❑ Formazione Specifica del Lavoratore secondo l'Accordo Stato-Regioni 221/2011
  dal …… al …… presso ……ore ……..……
- ❑ Formazione sulla Privacy
  dal …… al …… presso ……ore ……
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...

- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...
- ❑ Titolo del corso: ……
  dal …… al …… presso ……..…..……...

14 □ 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

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

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

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