

## 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 COORDINATORE INFERMIERISTICO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. D. 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. ....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:

Diploma di Infermiere Professionale  
conseguito il ..... presso .....  
con votazione.....

Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche  
conseguito il ..... presso .....  
con votazione .....

Titolo riconosciuto equipollente in Italia.....  
conseguito il ..... presso .....  
data di riconoscimento da parte delle competenti autorità.....

8 di essere in possesso:

Master di primo livello in management sanitario  
conseguito il ..... presso .....

Certificato di abilitazioni a funzioni direttive nell'assistenza infermieristica  
conseguito il ..... presso .....

9 Di essere iscritto all'Ipasvi/Fnopi  
dal ..... n. di iscrizione .....

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

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

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

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

11 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).....



- 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 .....
- 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 .....

13  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

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

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

16 di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del 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