

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. 10 POSTI A TEMPO PIENO E INDETERMINATO IN QUALITA' DI INFERMIERE (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. 10 posti a tempo pieno e indeterminato in qualità di Infermiere. (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 vian.....
tel.....Mail.....Pec.....

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la presente selezione a questi recapiti:

Città.....prov.....CAP.....
in vian.....
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 condannee 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 iscritto all'Ipasvi/Fnopi

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)

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, 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