

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le Istituto Assistenza Anziani  
Via S. Baganzani, 11  
37124 VERONA

**INDIZIONE, SELEZIONE PUBBLICA, PER COLLOQUIO, PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER INCARICHI, A TEMPO PIENO O PARZIALE, E DETERMINATO IN QUALITA' DI INFERMIERE (CAT. C. 1 C.C.N.L. ENTI LOCALI)**

Il/La sottoscritto/a

.....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica, per colloquio, per la formazione di una graduatoria per incarichi, a tempo pieno o parziale, e determinato in qualità 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 a norma dell'art. 127, lettera d), del Testo Unico approvato con D.P.R. 10.1.1957, n. 3
- 7 di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- Diploma di Infermiere Professionale  
conseguito il ..... presso .....
  - Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche  
conseguito il ..... presso .....
  - Titolo riconosciuto equipollente in Italia.....  
conseguito il ..... presso .....  
data di riconoscimento da parte delle competenti autorità.....
- 8  di essere iscritto all'Ipasvi  
N. Iscrizione .....data.....
- 9  di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5, commi 4 e 5, D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni):
- .....
  - .....
  - .....
- ovvero
- di non essere in possesso di titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5, commi 4 e 5, D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni)
- 10  di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al profilo professionale oggetto della selezione;
- 11  di accettare incondizionatamente le condizioni previste dalla normativa vigente nonché dal Regolamento Organico del personale dell'Istituto Assistenza Anziani;
- 12  di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del vigente GDPR e 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.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma