

Spett.Le  
CASA di ASSISTENZA per ANZIANI "A. TOBLINI"  
Piazza Bocchera n. 3  
37018 MALCESINE (VR)

**Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI N. 5 "OPERATORI SOCIO SANITARI" A TEMPO PIENO E DETERMINATO - CATEGORIA B - POSIZIONE ECONOMICA B1 - DEL CCNL DEL COMPARTO REGIONI - AUTONOMIE LOCALI.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
con la presente inoltra domanda di partecipazione al concorso pubblico in oggetto indicato.

Lo stesso (a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

**dichiara:**

1. di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
2. di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici: fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_;
3.  di essere in possesso della cittadinanza italiana;  
 di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea diverso da quello italiano (indicare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_;  
 di essere in possesso della cittadinanza nel seguente Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_ e familiare di persona in possesso della cittadinanza del seguente Paese dell'Unione Europea \_\_\_\_\_, ed inoltre:  
 di essere titolare del diritto di soggiorno,  
 di essere titolare del diritto di soggiorno permanente

OPPURE

- di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_ ed inoltre:  
 di essere titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;  
 di essere titolare dello status di "rifugiato";  
 di essere titolare dello status di "protezione sussidiaria";
4.  di godere dei diritti civili e politici, anche nello stato di appartenenza o di provenienza e di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;  
 di non godere dei diritti civili e politici (in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento) \_\_\_\_\_;
5.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;  
 di essere non iscritto per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;

6.  di non avere subito condanne penali o procedimenti penali in corso;  
 di avere subito le seguenti condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;
7.  di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione;  
 di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_;
8. di essere nelle seguenti posizioni in ordine agli obblighi militari \_\_\_\_\_;
9. di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali o precedenza alla nomina, secondo quanto previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_
10. di essere in possesso dell'Attestato di qualifica Professionale di Operatore Socio sanitario, conseguito presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
11. di essere fisicamente idoneo con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio;
12. di accettare senza riserve le condizioni del presente bando e le norme regolamentari vigenti in questo Ente, nonché quelle successive che l'Amministrazione intenda adottare;
13. che l'indirizzo di posta elettronica, presso il quale potranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente: \_\_\_\_\_  
e che l'eventuale domicilio è: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che alla Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" non potrà essere addebitata alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

In fede

\_\_\_\_\_  
*Firma del candidato*

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n° 196, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente domanda

data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del candidato*

DA COMPILARSI IN CARTA SEMPLICE.

**Oggetto: SELEZIONE PUBBLICA PER ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI N. 5 "OPERATORI SOCIO SANITARI" A TEMPO PIENO E DETERMINATO - CATEGORIA B - POSIZIONE ECONOMICA B1 - DEL CCNL DEL COMPARTO REGIONI - AUTONOMIE LOCALI.**

**ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ allega alla propria domanda di  
partecipazione alla selezione in oggetto indicato, la seguente documentazione:

1. Domanda di partecipazione in carta semplice.
2. Ricevuta di versamento di Euro 10,00 = per la tassa di partecipazione alla selezione.
3. Copia autenticata o autocertificazione del titolo di studio richiesto.
4. Curriculum formativo e professionale debitamente sottoscritto, con in calce la seguente dicitura  
**"Ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nel presente curriculum" e subito sotto ulteriore sottoscrizione;**
5. Fotocopia di un valido documento di identità.
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
*Firma del candidato*