



FAC-SIMILE DOMANDA di PARTECIPAZIONE

Alla

CASA di ASSISTENZA per ANZIANI "A. TOBLINI"

Piazza Bocchera 03

37018 Malcesine

A mezzo pec: direzione@pec.caatoblini.it

DOMANDA di PARTECIPAZIONE alla SELEZIONE per l'INDIVIDUAZIONE del COMPONENTE UNICO del NUCLEO DI VALUTAZIONE

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____

Via/Piazza _____ N. ____ Cap _____

Comune _____ Prov. _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la nomina di Componente Unico del Nucleo di Valutazione della Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" di Malcesine.

A tal fine, consapevole di quanto disposto dall'art.76 del D.p.r. n.445.2000 sulla responsabilità penale prevista per chi rende false dichiarazioni, forma od usa atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità e dall'art.75 dello stesso D.p.r. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art.47 del citato D.p.r., sotto la personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non incorrere nelle condizioni di esclusione previste dall'Avviso di selezione;
- di essere in possesso di Laurea;

**CASA DI ASSISTENZA
PER ANZIANI "A. TOBLINI"**

Piazza Bocchera N. 3
37018 Malcesine - VR

LAGO DI GARDA

Tel. +39 045 6570033

Fax +39 045 6570370

www.caatoblini.it

direzione@caatoblini.it

e. di possedere le esperienze formativo-professionali previste dall'Avviso di selezione;

f. di essere in possesso di specifiche competenze in tecniche di valutazione della performance e del personale delle Pubbliche Amministrazioni, con preferenza per le esperienze maturate in r.s.a. operanti nella gestione di servizi analoghi a quelli erogati dall'Ente.

Allega:

01. curriculum vitae in formato europeo;

02. copia fotostatica firmata non autentica del documento di identità in corso di validità;

03. certificazione di esperienze maturate in IPAB operanti nella gestione di servizi analoghi a quelli erogati dall'Ente

04. _____

05. _____

Firma

Luogo e data

