

Al Servizio Organizzazione e Capitale Umano

Comune di San Benedetto del Tronto

Viale De Gasperi, n. 124

63074 SAN BENEDETTO DEL TRONTO

**IL SOTTOSCRITTO:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ N° recapito telefonico \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio (se diverso dalla residenza)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

indirizzo e.mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso al **concorso pubblico per esami per assunzione a tempo indeterminato e part time 18 h settimanali di n. 1 "Operatore esperto" con profilo di "Addetto asta" da assegnare all'Area "Attività produttive e valorizzazione della città".**

A tal fine,

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci quanto segue (*barrare le caselle corrispondenti e compilare gli appositi spazi ove richiesto e/o necessario*), di possedere i seguenti:

**REQUISITI:**

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea e di possedere, ai fini dell'accesso ai posti della P.A., i seguenti requisiti: godimento dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza e provenienza - possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica - adeguata conoscenza della lingua italiana;

di essere familiare di cittadino degli Stati membri dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

di essere cittadino di Paesi terzi, titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, ovvero dello status di protezione sussidiaria;

di avere un'età non inferiore ad anni 18;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_, ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle liste medesime: \_\_\_\_\_;

di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle disposizioni vigenti, la costituzione del rapporto d'impiego con la pubblica amministrazione; in caso contrario, in luogo di tale dichiarazione, devono essere specificate tali condanne e devono essere specificamente indicati i carichi pendenti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di non essere stato destituito o dispensato da un impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento ovvero non essere stato dichiarato decaduto da un impiego statale ai sensi dell'art. 127 c. 1 lett. d) del Testo Unico degli Impiegati civili dello Stato, approvato con D.P.R. n. 3/1957, ovvero i motivi per tali provvedimenti:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di possedere l'idoneità psico-fisica all'impiego e alle mansioni proprie del profilo professionale del posto messo a concorso, secondo quanto previsto in dettaglio dal bando; gli appartenenti alle categorie protette di cui alla L. n. 68/99, tranne gli orfani e vedove ed equiparati, devono dichiarare di non aver perduto ogni capacità lavorativa e che la natura ed il grado della loro invalidità non è di danno alla salute e alla incolumità dei compagni di lavoro o alla sicurezza degli impianti;

(eventuale) grado di invalidità riconosciuta \_\_\_\_\_

di essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva (per i soggetti interessati da tale obbligo);

(EVENTUALE) di essere affetto da Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 della Legge 05.02.1992 n. 104, fa esplicita richiesta dei seguenti ausili, in relazione al proprio handicap, per poter sostenere la prova d'esame, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per l'espletamento della prova stessa:

---

---

---

(EVENTUALE) di essere in possesso dei seguenti titoli che, ai sensi dell'art. 5 comma 4 e 5 del DPR n. 487/1994 e ss.mm.ii., danno diritto a preferenze nella graduatoria:

---

---

---

possesso del seguente titolo di studio:

---

---

---

conseguito presso:

---

---

---

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_;

possesso della seguente qualificazione professionale:

---

---

---

rilasciata da:

---

---

---

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

a seguito della conclusione percorso di studi/formativo di durata di n. \_\_\_\_\_ anni;

(EVENTUALE) equipollenze/equiparazione/riconoscimento:

---

---

di essere in possesso della patente di guida di Cat. B in corso di validità;

di possedere una conoscenza di base della lingua inglese, ai sensi dell'art. 37 c. 1 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.;

di possedere una conoscenza dei più diffusi programmi informatici per l'automazione d'ufficio, ai sensi dell'art. 37 c. 1 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.;

**DICHIARA INOLTRE:**

di aver preso visione del bando e di accettarne ogni sua parte;

di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali di cui al bando;

- di autorizzare il Titolare e il Responsabile al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa in materia.

**Alla presente allega:**

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità (a pena di esclusione);
- curriculum vitae e professionale datato e sottoscritto;
- ricevuta di versamento del contributo di segreteria;
- (eventuale) provvedimento di riconoscimento per l'equivalenza del proprio titolo di studio estero (a pena del mancato riconoscimento del titolo);
- Documentazione comprovante il possesso della qualificazione professionale richiesta dall'art. 2 del Bando (a pena di esclusione), salvo il caso di possesso di titolo di studio superiore assorbente;
- (eventuale) idonea certificazione rilasciata da competente struttura sanitaria che specifichi gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui all'art. 20, comma 2 della legge n. 104/1992 (necessità di tempi supplementari e di ausili specifici);
- (eventuale), per i candidati con diagnosi di DSA: dichiarazione rilasciata dalla Commissione medico-legale della ASL di riferimento o da equivalente struttura pubblica, che comprovi la diagnosi di DSA.

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile e per esteso \_\_\_\_\_