

Fac simile domanda di ammissione in carta semplice

ALLEGATO N.01

Spett.le  
**Azienda pubblica di servizi alla persona**  
**"Giovanni Chiabà"**  
Via A. Cristofoli, 18  
33058 SAN GIORGIO DI NOGARO (UD)

**BANDO DI CONCORSO PUBBLICO, PER ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 2 UNITA' DI PERSONALE DELL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI (INFERMIERI) - A TEMPO INDETERMINATO E PIENO DEL C.C.N.L. COMPARTO SANITÀ, PER IL SERVIZIO INFERMIERISTICO DELL'A.S.P. "G. CHIABA".**

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome)

---

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al concorso pubblico per soli esami per la copertura di n. 2 unità di personale dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari (Infermieri) a tempo indeterminato e pieno, indetto con determinazione del Direttore Generale n. 11 del 26/01/2024 e s.m.i.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione, consapevole della veridicità delle stesse e delle eventuali sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni,

**DICHIARA**

• di essere nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

• di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

• di essere in possesso della cittadinanza italiana:  SI  NO

Se NO, di essere cittadino \_\_\_\_\_, in possesso del seguente titolo di ammissione (ai sensi dell'art. 7 legge 97/2013 e del d.lgs. 286/98):

- permesso di soggiorno per l'esercizio dell'attività lavorativa;
- rifugiato o titolare di protezione sussidiaria;
- familiare di cittadino UE o italiano

• **per i cittadini non italiani:** di godere dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza  SI  NO

in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento dei diritti politici e civili nello stato di appartenenza o provenienza \_\_\_\_\_

- **per i cittadini non italiani:** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

SI                       NO

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
ovvero di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

- di avere riportato condanne penali             SI                       NO

in caso affermativo, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali in corso

\_\_\_\_\_

- di essere fisicamente idoneo/a all'impiego da ricoprire;

- di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a da altro impiego statale ai sensi dell'art. 127, comma 1 lett. d) del D.P.R. n. 3/57 per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ ;

(n.b.: eventuale dichiarazione aggiuntiva: qualora il titolo sia stato conseguito all'estero si indicano i seguenti estremi del provvedimento di equipollenza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (solo per i nati prima fino la 1985) che la propria posizione nei confronti dell'obbligo di leva e degli obblighi relativi al servizio militare è la seguente: \_\_\_\_\_ (rinvio, esente, assolto, in attesa di chiamata, altro);

- di essere in possesso dell'iscrizione all'albo professionale agli Infermieri con il nr. \_\_\_\_\_ nella Provincia di \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_

- L'iscrizione al corrispondente Albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea o di paesi terzi, consente la partecipazione al concorso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia, prima dell'assunzione in servizio;

- di aver prestato servizio alle dipendenze delle sottoelencate pubbliche amministrazioni (specificare il periodo e le cause di risoluzione del rapporto di lavoro);  
(ovvero) di non aver prestato servizio alle dipendenze di pubbliche amministrazioni;

- di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti al presente concorso al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**OPPURE** al seguente recapito mail;

---

- di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali spontaneamente forniti per le finalità e nei limiti di cui al bando concorsuale, secondo quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 2016/679 e così come specificato alla sezione "TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" del bando di concorso;

- di possedere il seguente titolo di preferenza (comma 4, art. 5 del D.P.R. 487/1994):
- 

- di necessitare, per l'espletamento delle prove, di ausili o tempi aggiuntivi, in relazione al proprio handicap, ai sensi della L. 104/92 e della L. 68/99: \_\_\_\_\_  
*(dovrà essere allegata una certificazione medica rilasciata dalla competente Azienda sanitaria che specifichi gli elementi essenziali relativi alla condizione, al fine di permettere all'Amministrazione di predisporre mezzi e strumenti atti a garantire i benefici richiesti);*

- di aver preso visione del bando di concorso e di accettare tutte le clausole in esso inserite;
- di essere a conoscenza e di accettare che tutte le comunicazioni inerenti la procedura concorsuale vengano rese note tramite pubblicazione sul sito internet istituzionale [www.aspciviale.it](http://www.aspciviale.it);
- di aver provveduto al versamento della tassa di concorso come da ricevuta di pagamento allegata;

Allega alla presente:

- 1) fotocopia fronte e retro non autenticata del documento di identità in corso di validità;
- 2) ricevuta del bonifico bancario di pagamento del contributo di partecipazione;
- 3) curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto nel formato europeo ai sensi del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)