

Spett.le

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"CASA LANER"**

Via P. Giovanni XXIII, 1

38064 - FOLGARIA (TN)

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER ESAMI PER LA FORMAZIONE DI UNA
GRADUATORIA PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO
IN FIGURA PROFESSIONALE DI
Operatore Socio Sanitario
cat. B – liv. Evoluto – 1^ posizione retributiva**

E

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

(Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12.2000 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss. C.p.) e dalle leggi speciali in materia:

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

presa visione dell'Avviso di Selezione pubblica per esami per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato in figura professionale di **OPERATORE SOCIO SANITARIO - Cat. B – liv. Evoluto – 1^ posizione retributiva**, indetto da codesta Azienda,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla medesima.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

(1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____ ;

residente in (comune) _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ n. _____

domiciliato in (comune) _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ n. _____

cod. Fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numero telefono _____ numero cellulare _____

indirizzo e-mail _____

eventuale indirizzo PEC _____ ;

(2) di essere celibe; nubile; coniugato/a; divorziato/a; separato/a; vedovo/a;

(3) di godere dei diritti civili e politici;

(4) di essere in possesso della **cittadinanza** _____;

Riservato ai cittadini NON ITALIANI (vedi avviso):

- di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza (barrare la casella)

SI NO

ovvero non goderne per i seguenti motivi: _____

- avere adeguata conoscenza della lingua italiana (barrare la casella)

SI NO

essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;

Solamente per i cittadini non UE - essere titolare di:

- diritto di soggiorno
- diritto di soggiorno permanente
- permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo
- status di rifugiato
- status di protezione sussidiaria

(5) di essere iscritto/a nelle **liste elettorali** del Comune di _____ ovvero non essere iscritto/a o essere stato cancellato/a dalle stesse per i seguenti motivi:

_____;

(6) che il proprio stato famiglia è il seguente:

COGNOME	NOME	NATO IL	LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA CON IL DICHIARANTE
				<i>richiedente</i>

(7) di **non** aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate e/o i procedimenti penali in corso)

_____;

(8) il possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

Diploma di Scuola Media Inferiore

conseguito in data _____ presso _____;

Attestato professionale di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

conseguito in data _____ presso _____;

ovvero (per il titolo conseguito all'estero)

di essere in possesso del titolo di _____ conseguito nello Stato di _____ in data _____, dichiarato equipollente al titolo richiesto di _____, con provvedimento di data _____ rilasciato da _____;

(9) di aver provveduto al pagamento della **tassa di selezione di €. 5,00.=**;

(10) *per i candidati di sesso maschile*: di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva:

congedato; congedato dal servizio sostitutivo; richiamato; riformato;
 esonerato; rivedibile; rinviato; altro _____;

(11) di essere fisicamente idoneo all'impiego con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento in servizio;

SI NO

(12) (questo punto è riservato ai candidati affetti da minorazione fisica o psichica)

di rientrare tra i soggetti di cui all'articolo 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove d'esame, eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi (allegare – in originale o in copia autenticata – certificazione datata relativa alla specifica disabilità rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio. Per quanto attiene l'indicazione precisa dei tempi aggiuntivi e degli ausili richiesti, allegare un certificato medico; la mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà di non volerne beneficiare):

specificare quali _____
_____;

Ai sensi dell'art. 20, comma 2 bis, della Legge 104/1992 la persona handicappata affetta da invalidità uguale o superiore all'80% non è tenuta a sostenere la prova preselettiva eventualmente prevista.

(13) di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:

Datore di lavoro	Dal	Al	Tempo det./indet.	Orario sett.le ³	Figura professionale	Causa risoluzione rapporto di lavoro

(14) di **non** essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;

di essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;

(15) di **non** essere stato oggetto, negli ultimi 3 anni precedenti ad un'eventuale assunzione a tempo determinato, di un parere negativo sul servizio prestato al termine di un rapporto di lavoro a tempo determinato, per le stesse mansioni (per i destinatari del contratto provinciale di lavoro, comparto autonomie locali);

(16) di avere titolo a preferenza nella nomina per il seguente motivo (barrare la parte che interessa: si ricorda che ai sensi di legge, a parità di merito i titoli di preferenza sono):

- gli insigniti di medaglia al valore militare;
- i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- gli orfani di guerra;
- gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- i feriti in combattimento;
- gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra;
- i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
- coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- gli invalidi ed i mutilati civili;
- militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma;

³ A tempo pieno/parziale con indicazione, in quest'ultimo caso, del numero di ore settimanali svolte e del numero di ore settimanali previste per il tempo pieno.

A parità di merito e di titoli la preferenza è determinata:

- 1) dal numero dei figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
n° ____ figli a carico (I familiari a carico fiscalmente NON possiedono redditi superiori a €. 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili o superiori a €. 4.000,00 se figli di età non superiore ai 24 anni);
- 2) dall'aver prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche (sarà considerato anche il servizio di durata inferiore ad un anno presso questa Azienda);
 si
- 3) dalla minore età.

N.B.: Ai sensi della L. 407/98, sono equiparati alle famiglie dei caduti civili di guerra, le famiglie dei caduti a causa di atti di terrorismo consumati in Italia. La condizione di caduto a causa di terrorismo, nonché di vittima della criminalità organizzata, viene certificata dalla competente Prefettura (per le Province di Trento e Bolzano dal Commissariato del Governo), ai sensi della L. 302/90.

Il/La sottoscritto/a chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Comune _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Numero telefonico _____

E-mail _____

PEC _____

N.B.

- per le donne indicare anche l'eventuale cognome da coniugata
- indicare comunque un recapito telefonico, anche presso persone terze

ALLEGA:

ricevuta comprovante il pagamento della tassa di selezione

fotocopia di documento di identità in corso di validità

in originale / in copia, della quale si dichiara la conformità all'originale:

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al Regolamento UE Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'Avviso di Selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione e di accettare tutte le clausole presenti nell'Avviso di Selezione.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445 dd. 28/12/2000, la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

L'incaricato al ricevimento

Folgaria, _____
