

Spett.le
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"S. SPIRITO - FONDAZIONE MONTEL"
Via Marconi n. 4
38057 - PERGINE VALSUGANA (TN)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI IN FORMA ASSOCIATA TRA LE A.P.S.P. "S. SPIRITO FONDAZIONE MONTEL" – PERGINE VALSUGANA (TN) , A.P.S.P. "LEVICO CURAE" DI LEVICO TERME (TN) E A.P.S.P. "CASA LANER" – FOLGARIA (TN) PER LA COPERTURA DI NR. 12 POSTI A TEMPO PIENO DI CUI NR. 7 POSTI RISERVATI AI VOLONTARI DELLE FORZE ARMATE IN FIGURA PROFESSIONALE DI
INFERMIERE

CATEGORIA C - LIVELLO EVOLUTO - 1^A 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 del bando di concorso pubblico per esami in forma associata tra le A.P.S.P. "S. Spirito Fondazione Montel" – Pergine Valsugana, A.P.S.P. "Levico CURAE" – Levico Terme e A.P.S.P. "Casa Laner" di Folgaria per la copertura di n. 12 posti a tempo pieno a tempo indeterminato di cui nr. 7 posti riservati ai volontari delle Forze Armate in figura professionale di **INFERMIERE** - categoria C – livello Evoluto – 1^a posizione retributiva,

CHIEDE

di essere ammesso/a allo stesso.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

☐ 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 _____;

☐ di essere ☐ celibe; ☐ nubile; ☐ coniugato/a; ☐ divorziato/a; ☐ separato/a; ☐ vedovo/a

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ 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

SI ☐ NO ☐ (barrare la casella)

ovvero non goderne per i seguenti motivi: _____

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

- avere adeguata conoscenza della lingua italiana SI ☐ NO ☐ (barrare la casella)

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

☐ 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:

_____;

☐ che la propria famiglia è così composta:

COGNOME	NOME	NATO IL	LUOGO DI NASCITA	RAPP. PARENTELA CON IL DICHIANANTE
				RICHIEDENTE

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in infermieristica, appartenente alla classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o – classe L/SNT1
_____ conseguita in data _____ presso
_____;

ovvero

Diploma universitario di Infermiere conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni _____ conseguito in data _____ presso _____;

ovvero

Diploma o attestato conseguito in base al precedente ordinamento, riconosciuto equipollente al diploma universitario (Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 – gazzetta Ufficiale n. 191 del 17 agosto 2000) _____ 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 _____;

(nel caso titolo conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano con Decreto del Ministero della Salute);

☐ di essere iscritto all'**OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche)** di _____ al n. _____;

☐ 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)

☐ di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di **€ 25,00.=**;

☐ 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;

☐ adempiuto in qualità di _____ periodo dal _____ al _____

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

☐ di aver regolarmente adempimento degli obblighi deontologici sulla formazione continua in medicina ECM;

☐ SI

☐ NO

☐ 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

☐ SI

☐ NO

Se Si specificare quali _____

☐ (questo punto è riservato ai candidati interessati):

di aver diritto al posto riservato ai militari delle Forze Armate congedati senza demerito al termine della ferma prefissata o breve, ai sensi del Decreto Legislativo n. 66/2010 e del Decreto Legislativo n. 8/2014. (I candidati dovranno allegare dichiarazione relativa allo specifico requisito.)

☐ di aver prestato i seguenti servizi presso **pubbliche amministrazioni**:

Datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo det/indeter.	Orario sett.le ²	Figura prof.le	Causa risoluzione rapporto di lavoro

☐ 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;

☐ di indicare le **A.P.S.P. per le quali intende ricorrere**. Nel caso di mancata indicazione specifica, il candidato idoneo sarà inserito in tutti e tre gli elenchi derivanti dalla graduatoria finale di merito.

☐ A.P.S.P. "S. Spirito Fondazione Montel" – Via Marconi n. 4 – Pergine Valsugana (TN)

☐ A.P.S.P. "Levico CURAE" – Via Cavour n. 65 – Levico Terme (TN)

☐ A.P.S.P. "Casa Laner" – Via P. Giovanni XXIII n. 1 – Folgaria (TN)

☐ 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;

² 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.

- ☐ 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;

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

- 1) dal numero dei figli a carico (i familiari fiscalmente a carico NON possiedono redditi superiori a €. 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili), indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
n° ____ figli a carico
- 2) dall'aver prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche (sarà considerato anche il servizio di durata inferiore ad un anno presso questa Azienda);
☐ sì
- 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 _____

Residente in _____ Via _____ n. ____ Cap _____

Numero telefonico ____/____ e-mail _____

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 concorso
☐	Fotocopia documento di identità in corso di validità
☐	in originale/in copia, della quale si dichiara la conformità all'originale

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di concorso e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

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 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

Pergine Valsugana, _____

