Allegato a)

Al Responsabile del Servizio
Personale
Via G. Giro n. 3
45100 ROVIGO

OGGETTO: domanda di partecipazione alla pubblica selezione per il conferimento di incarichi a tempo determinato, pieno o parziale (18 ore settimanali) verticale od orizzontale, nel profilo professionale di OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE – Categoria B, Posizione Economica B1, del C.C.N.L. Comparto Regioni e Autonomie Locali.

Il sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____;

CHIEDE

Di essere ammess_ alla selezione di cui all'oggetto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara:

Di essere nat_ a _____ il _____;

Di essere residente nel Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. di _____ in via _____ n. _____ (tel. _____);

Di essere cittadino _____¹;

Di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana²;

Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
Oppure

Di non essere iscritto in alcuna lista elettorale per i seguiteti motivi _____;

Di essere in possesso dell'idoneità psicofisica all'impiego richiesto e di essere esente da infermità o imperfezioni che possano influire sul rendimento nel servizio
Oppure

NOTE

¹ Indicare "italiano", o la diversa cittadinanza di appartenenza.

² Tale dichiarazione riguarda esclusivamente i cittadini appartenenti ad uno degli Stati membri della U.E.

Di essere portatore delle seguenti imperfezioni e/o infermità:

Di essere in possesso del diploma della scuola dell'obbligo;

Oppure

Di essere in possesso della licenza della scuola elementare conseguita prima dell'anno 1962;

Di essere in possesso del seguente attestato richiesto per l'ammissione alla selezione:

Di essere di stato civile _____³;

e che la propria famiglia è così composta:⁴

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Che la posizione nei riguardi degli obblighi di leva e la seguente: _____;

Di non aver riportato condanne penali;

Oppure

(in caso contrario indicare le condanne riportate)

Di non aver procedimenti penali pendenti che impediscono la costituzione d'impiego presso pubblica amministrazione;

Oppure

³ Precisare se si è: CELIBE, NUBILE, CONIUGATO/A, VEDOVO/A, SEPARATO/A, DIVORZIATO/A; e le generalità del coniuge.

⁴ Elencare i componenti della famiglia anagrafica con: cognome, nome, luogo e data di nascita, grado di parentela, professione.

(in caso contrario indicare i procedimenti penali pendenti)

_____;

Di non essere stato destituito o dispensato da impieghi pubblici
Oppure

(in caso contrario indicare i motivi della destituzione o della dispensa da impieghi pubblici)

_____;

Di non aver diritto a preferenze e/o precedenza in base alle vigenti leggi
*ovvero*⁵

Di aver diritto a preferenze e/o precedenza in base alle vigenti leggi

_____;

Di autorizzare la Casa di Riposo "I.R.A.S" di Rovigo al trattamento dei dati personali;

Di accettare incondizionatamente ed al completo tutte le norme contenute nello stato giuridico ed economico dei dipendenti dell'I.R.A.S. nonché le eventuali future variazioni od integrazioni che l'Amministrazione potrà apportare in seguito.

 i sottoscritt_ chiede che le comunicazioni relative alla selezione vengano inviate al seguente indirizzo:
⁶

E-Mail _____ telefono n. _____ cellulare
n. _____

⁵ In caso affermativo indicare con precisione i titoli che danno diritto alle preferenze e precedenza previste da leggi dello Stato e di cui si chiede l'applicazione.

⁶ Indicare con precisione il luogo dove si vuole ricevere le comunicazioni dell'Ente.

Data _____

In fede _____
(firma dell'interessato)

AVVERTENZE

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte in forma chiara e leggibile, depennando le parti che non interessano .
La firma che il concorrente apporrà in calce alla domanda **NON dovrà essere autenticata**. Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità. Si ricorda ai partecipanti che la Legge commina gravi sanzioni a chi dichiara il falso alla Pubblica Amministrazione con lo scopo di ottenere benefici.

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(autocertificazione di conformità all'originale di copie)
(art. 47 DPR 445/2000)

Non soggetta ad autenticazione – allegare fotocopia documento di identità in corso di validità

In riferimento alla domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento di incarichi a tempo determinato, pieno o parziale (18 ore settimanali) verticale od orizzontale, nel profilo professionale di **OPERATORE SOCIO SANITARIO – Categoria B, Posizione Economica B1, del C.C.N.L. Comparto regioni e Autonomie Locali.**

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a _____ il _____ Residente a
_____ via/piazza
_____.

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità:

DICHIARA

Che le allegate copie dei sottoelencati titoli, sono conformi agli originali:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)