

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

<input type="checkbox"/> Si attesta che la presente domanda è stata sottoscritta dall'interessato alla presenza del funzionario addetto. <input type="checkbox"/> Si attesta che la presente domanda è pervenuta già sottoscritta dall'interessato con allegata fotocopia del documento di identità.  Borgo Chiese, lì _____  <p style="text-align: center;">Il Funzionario Incaricato</p>	<p><b>Protocollo</b></p>
---	--------------------------

**Spett.le**  
**Rosa dei Venti A.p.s.p.**  
**Via C. Battisti 6**  
**38083 BORGHI CHIESE (TN)**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI  
 PER LA COPERTURA A TEMPO INDETERMINATO  
 DI N. 3 POSTI DI INFERMIERE CATEGORIA C - LIVELLO EVOLUTO - 1^ POSIZIONE RETRIBUTIVA  
 DI CUI N. 2 POSTI A TEMPO PIENO (36 ORE SETTIMANALI) PRESSO  
 L'A.P.S.P. "ROSA DEI VENTI" DI BORGHI CHIESE (TN) \*  
 E N. 1 POSTO A TEMPO PARZIALE (18 ORE SETTIMANALI VERTICALI) -  
 PRESSO L'A.P.S.P. "PADRE Odone NICOLINI" DI PIEVE DI BONO-PREZZO (TN)**

e

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
 (autocertificazione)**

*\* Il posto è riservato ai militari delle Forze Armate congedati senza demerito al termine della ferma prefissata o breve, ai sensi del Decreto legislativo 08.05.2011 n. 215 e del più recente Decreto legislativo 15.03.2012 n. 66. In mancanza di candidato avente diritto a questa riserva, il posto è assegnato secondo l'ordine di graduatoria ad un/a candidato/a idoneo/a sulla base delle riserve a favore dei gruppi linguistici.*

Il/La sottoscritto/a  
 (cognome nome)<sup>1</sup>

presa visione del relativo bando

**CHIEDE**

di partecipare al concorso pubblico per esami per la copertura di nr. 3 posti di Infermiere Professionale cat. C – livello evoluto – 1^ posizione retributiva, di cui n. 2 posti a tempo pieno presso la Rosa dei Venti A.p.s.p. di Borgo Chiese dei quali n. 1 posto riservato ai militari delle Forze Armate e n. 1 posto a tempo parziale (18 ore settimanali – verticali) presso l'APSP Padre Odone Nicolini di Pieve di Bono – Prezzo.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

**DICHIARA**

Di essere nato/a a

il

in possesso del seguente Codice Fiscale

di essere residente in (C.A.P., città, prov.)

via e numero civico

numero di telefono fisso e cellulare<sup>2</sup>

e-mail


<sup>1</sup> per le donne indicare anche l'eventuale cognome da coniugata  
<sup>2</sup> indicare comunque un recapito telefonico, anche presso persone terze

1. di essere in possesso della cittadinanza <sup>3</sup>

---

I cittadini degli stati membri dell'Unione Europea dovranno dichiarare il possesso dei seguenti requisiti:

- Godere dei diritti civili e politici anche negli stati di appartenenza o di provenienza;
- 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;

2. di godere dei diritti politici attivi e civili e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di<sup>4</sup>

---

3. di non essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione;

4. di aver riportato condanne penali o di avere procedimenti penali pendenti;

- no
- si

se sì, elencare le condanne penali riportate e/o i procedimenti penali pendenti:

---

---

5. di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di € 25,00;

6. il possesso del seguente titolo di studio:

- diploma
- laurea di Infermiere

conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
(se titolo di studio conseguito all'estero) riconosciuto valido anche in Itali con decreto del \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_

7. di essere iscritto all'Albo Professionale degli Infermieri di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

8. di essere di sana e robusta costituzione fisica con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio;

9. (questo punto è riservato ai candidati affetti da minorazione fisica o psichica)<sup>5</sup>

- di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della Legge 05 febbraio 1992 n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove, eventuali ausili in relazione all'handicap e l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi

---

---

10. (questo punto è riservato ai candidati interessati)<sup>6</sup>

- di avere 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. 215 del 08.05.2011 e del più recente Decreto legislativo n. 66 del 15.03.2012.

11. per i candidati di sesso maschile di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi di leva (barrare la parte che interessa):

- congedato;
- congedato dal servizio sostitutivo;
- richiamato;
- riformato;
- esonerato;
- rivedibile;
- rinviato;

12. di avere titolo di preferenza nella nomina, a parità di merito, per il seguente motivo

*(barrare la parte che interessa: si ricorda che ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 09 maggio 1994 n° 487 e ss.mm., a parità di merito i titoli di preferenza sono):*

- gli insigniti di medaglia al valor 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;

---

<sup>3</sup> indicare la cittadinanza

<sup>4</sup> indicare il Comune di iscrizione: la mancata indicazione sarà equiparata a non iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali;

<sup>5</sup> I candidati dovranno allegare dichiarazione relativa allo specifico handicap

<sup>6</sup> I candidati dovranno allegare dichiarazione relativa allo specifico requisito



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

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ pr. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

#### ALLEGATI

In originale o in copia della quale si dichiara la conformità all'originale

1. <i>Ricevuta di versamento della tassa di concorso di € 25,00</i>
2. <i>Fotocopia del documento di identità in corso di validità</i>
3. <i>Copia del diploma / laurea in infermieristica</i>

Il sottoscritto, acquisti le informazioni di cui al Regolamento UE 2016/679 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 riportata nel bando di concorso e si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni successivamente occorse nei propri dati sopra riportati ed esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità. L'Azienda non si assume alcuna responsabilità per errori, inesattezze o incompletezza dei dati indicati, che potranno comportare conseguenze negative a livello di valutazione e di attribuzione del punteggio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**QUALORA LA PRESENTE DOMANDA NON VENISSE FIRMATA DAVANTI AL FUNZIONARIO ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, DOVRÀ ESSERE ALLEGATA COPIA, ANCHE NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ.**