

ATTENZIONE: PRIMA DI COMPILARE IL MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE, LEGGERE ATTENTAMENTE IL BANDO DI SELEZIONE



**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE  
E  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
(AUTOCERTIFICAZIONE)**

Spettabile A.P.S.P.  
“San Valentino - Città di Levico Terme”  
Via C. Cavour, 65  
38056 - Levico Terme

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

presa visione del relativo bando di data 21/11/2017 prot. n. 3980/17.

**CHIEDE**

di partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami in forma associata tra le APSP “San Valentino”, e l’APSP “Centro don Ziglio” per la formazione di graduatorie per l’assunzione di personale con il profilo professionale di *Infermiere Professionale* cat. C, livello evoluto, pos. retr. 1, con contratto a tempo indeterminato.

A tal fine, preso atto che l’Azienda può procedere al controllo, in qualsiasi momento a partire dalla presentazione di questa domanda, delle dichiarazioni rilasciate, e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge penale per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (artt. 482, 483, 495 e 496 cod. pen.), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di una dichiarazione rivelatasi non veritiera, inoltre consapevole delle conseguenze penali previste per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art.76 del D.P.R. n.445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R.445/2000

1. Di essere nato/a a

Il

Di essere residente a

Via e numero civico

C.A.P., città, prov.

numero di telefono fisso e cellulare<sup>8</sup>

indirizzo @-mail

In possesso del seguente Codice Fiscale


**Indicare il domicilio presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura concorsuale SOLO se diverso dalla residenza:**

Presso

Via e numero civico


<sup>8</sup> indicare comunque un recapito telefonico, anche presso persone terze

C.A.P., città, prov.

--	--	--

2. di essere in possesso della cittadinanza <sup>9</sup>

---

**Per i cittadini di Paesi terzi:**

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ e familiare di persona in possesso della cittadinanza del seguente Paese del'Unione Europea \_\_\_\_\_ ed inoltre:

- di essere titolare del diritto di soggiorno;
- di essere titolare del diritto di soggiorno permanente;

oppure

di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_ ed inoltre:

- di essere titolare del permesso di soggiorno C.E. per soggiornanti di lungo periodo;
- di essere titolare dello status di "rifugiato";
- di essere titolare dello status di "protezione sussidiaria";

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, ovvero di 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 in relazione alle mansioni dell'impiego;
- Di essere in possesso dei titoli di studio equipollenti a quelli richiesti dal bando;

3. di godere dei diritti politici attivi e civili e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di<sup>10</sup>

---

ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

---

4. di aver riportato condanne penali o applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento) o di avere procedimenti penali pendenti:

- no
- sì

se sì, elencare le condanne penali o le applicazioni della pena su richiesta di parte (patteggiamento) riportate e/o i procedimenti penali pendenti:

---

---

---

5. di non essere stato/a destituito/a, licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per giustificato motivo soggettivo o per giusta causa o di non essere incorsi nella risoluzione del rapporto di lavoro in applicazione dell'articolo 32 quinquies, del codice penale o per mancato superamento del periodo di prova nella medesima categoria e livello a cui si riferisce l'assunzione;

---

<sup>9</sup> indicare la cittadinanza

<sup>10</sup> indicare il Comune di iscrizione: la mancata indicazione sarà equiparata a non iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali;

in caso affermativo di essere stato/a destituito/a, licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego per \_\_\_\_\_;

6. di aver provveduto al pagamento della tassa di selezione di € **10,33**;

7. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

(in caso di titolo di studio 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);

*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 \_\_\_\_\_;

di essere iscritto all'Albo professionale degli Infermieri nel Collegio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

8. di aver regolarmente adempiuto agli obblighi deontologici sulla formazione continua in medicina;

- no  
 si

9. di avere l'idoneità fisica all'impiego con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio;

- si  
 no

10. *(questo punto è riservato ai candidati affetti da minorazione fisica o psichica)*

di rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e di richiedere, per l'espletamento delle prove, eventuali ausili in relazione all'handicap e l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi

- no  
 si (specificare quali)

---

(allegare – in originale o copia autenticata – certificazione datata relativa allo specifico handicap 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 dichiarazione al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà nel non volerne beneficiare. La richiesta non supportata dalla certificazione non potrà trovare accoglimento)

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

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> congedato;   | <input type="checkbox"/> esonerato;  |
| <input type="checkbox"/> congedato dal servizio sostitutivo;                              | <input type="checkbox"/> rivedibile; |
| <input type="checkbox"/> richiamato;  | <input type="checkbox"/> rinviato;   |
| <input type="checkbox"/> riformato;   |                                      |
| <input type="checkbox"/> adempiuto in qualità di _____<br>nel periodo dal _____ al _____; |                                      |

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;
- 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 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 fiscalmente a carico NON possiedono redditi superiori a € 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili)
2. dall'aver prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche (sarà considerato anche il servizio di durata inferiore ad un anno presso questa Amministrazione);
  - si
3. dalla minore età;

N.B.: Ai sensi della L. 407/1998, 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. n. 302/1990.

13. Che il proprio stato famiglia è così composto:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela con il dichiarante
			<b>Richiedente</b>

--	--	--	--

14. di aver prestato i seguenti servizi (in caso di insufficienza degli spazi, allegare fogli ulteriori)  
 Per consentire la corretta valutazione dei titoli è assolutamente necessario che l'autocertificazione contenga tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata, che sarebbero indicati se il documento fosse rilasciato dall'Ente competente, pena il verificarsi di una situazione di falsità o di non veridicità, con le dovute conseguenze di legge o di incompletezza da cui deriverebbe, fra l'altro, l'impossibilità di attribuire una valutazione.

Denominazione datore di lavoro Sede	Natura Giuridica	Profilo professionale <sup>11</sup>	Unità operativa <sup>12</sup>	Tempo determ. / indeterm.	Orario settimanale <sup>13</sup>	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Causa risoluzione rapporto di lavoro <sup>14</sup>
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	

<sup>11</sup> Compilare utilizzando le seguenti diciture se corrispondenti (INFERMIERE PROFESSIONALE, Referente infermieristico, Capo sala, ...)

<sup>12</sup> Indicazione puntuale della tipologia di Servizio erogato o Reparto operativo

<sup>13</sup> A tempo Pieno / a Tempo Parziale: indicazione del numero di ore settimanali svolte e del numero di ore settimanali previste per il tempo pieno (.../36).

<sup>14</sup> Dimissioni Volontarie, Fine Incarico, Mobilità, Licenziamento, ...

					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	
					...../36	...../...../.....	...../...../.....	

1. di dichiarare di voler concorrere solo per le Aziende sotto indicate <sup>15</sup>:

- A.P.S.P. “S. Valentino”** - Città di Levico Terme Via C. Cavour n° 65 Levico Terme (TN)
- A.P.S.P. “Centro don Ziglio”** Via Silva Domini n° 37 Levico Terme (TN)

Si fa comunque presente che in caso di indisponibilità o esaurimento della propria graduatoria finale di merito, ciascuna APSP potrà utilizzare le graduatorie delle altre APSP associate.

15. (questo punto è riservato ai soli candidati interessati):

- di aver diritto al posto riservato ai militari delle Forze Armate congedati senza demerito al termine della ferma prefissato 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.)

<sup>15</sup> Si rammenta che il candidato sarà interpellato dalle sole sedi di servizio per le quali dichiara di concorrere ovvero da tutte qualora non effettui alcuna scelta.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie dei documenti prodotti.

#### ALLEGATI

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Allega altresì alla presente richiesta di partecipazione la ricevuta del versamento di € 10,33 quale taxa di partecipazione al concorso pubblico

Allega, inoltre, in caso di titolo di studio conseguito all'estero, il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana (o copia conforme all'originale dello stesso), indicando l'avvenuta equipollenza del proprio titolo di studio con quello italiano;

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di selezione.

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 di 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.**

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

Levico Terme,