

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le Istituto Assistenza Anziani  
Via S. Baganzani, 11  
37124 VERONA

**CONCORSO PUBBLICO, PER TITOLI ED ESAMI, PER LA COPERTURA DI N. 13 POSTI DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. B. 1 C.C.N.L. 2006/2009 ENTI LOCALI).**

Il/La sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per titoli ed esami per n. ....posto/i di .....

**A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere**

**DICHIARA**

1 di essere nato/a a.....(prov.....) il .....

2 di essere residente a.....(prov.....)  
in via .....n.....  
CAP .....tel.....Cod.Fisc.....  
Mail.....Pec.....

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la presente selezione a questi recapiti:

Via .....n.....  
CAP .....Città ..... (prov.....)

Tel .....Mail.....Pec.....

3  di essere in possesso della cittadinanza italiana  
 di essere in possesso della cittadinanza.....  
 di essere titolare dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria

4  di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di.....  
ovvero

di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo .....

5  di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne .....e di avere i  
seguenti procedimenti penali in corso .....

6 di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego in una Pubblica Amministrazione, e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego pubblico a norma dell'art. 127, lettera d), del Testo Unico approvato con D.P.R. 10.1.1957, n. 3

7 di essere in possesso del seguente titolo di studio:

**ATTESTATO DI QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

conseguito il ..... presso l'Ente di Formazione.....

**TITOLO EQUIPOLLENTE A QUELLO DI OPERATORE SOCIO-SANITARIO**

Titolo:.....

conseguito il ..... per complessive ore.....

presso l'Ente di Formazione .....

8 di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli di studio:

TITOLO.....

conseguito il.....presso.....

TITOLO.....

conseguito il.....presso.....

TITOLO.....

conseguito il.....presso.....

9 di aver prestato servizio presso:

Ente/Azienda/Istituto.....

Profilo Professionale.....Categoria.....

Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....

Tempo pieno  Tempo parziale .....

(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....

Profilo Professionale.....Categoria.....

Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....

Tempo pieno  Tempo parziale .....

(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....

Profilo Professionale.....Categoria.....

Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....

Tempo pieno  Tempo parziale .....

(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

Ente/Azienda/Istituto.....  
Profilo Professionale.....Categoria.....  
Dal (giorno/mese/anno).....al (giorno/mese/anno).....  
 Tempo pieno  Tempo parziale .....  
(indicare % part-time)

10 di aver frequentato i seguenti corsi:

- Corso per Addetto Antincendio rischio alto (16 ore)  
dal ..... al ..... presso .....  
e relativa idoneità conseguita il .....
- Corso per Addetto al Pronto Soccorso DM 338/ 2003 (12 ore)  
dal ..... al ..... presso .....
- Attestato di esecutore BLSA e/o relativi re-training  
dal ..... al ..... presso .....
- Formazione Generale del Lavoratore secondo l'Accordo Stato-Regioni 221/2011 (4 ore)  
dal ..... al ..... presso .....
- Formazione Specifica del Lavoratore secondo l'Accordo Stato-Regioni 221/2011  
dal ..... al ..... presso .....ore.....
- Formazione sulla Privacy  
dal ..... al ..... presso .....ore.....
- Altri corsi di formazione/aggiornamento  
**Titolo**.....  
dal ..... al ..... presso .....ore.....  
**Titolo**.....  
dal ..... al ..... presso .....ore.....

11  di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5, commi 4 e 5, D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni):

- .....
- .....
- .....

ovvero

di non essere in possesso di titoli che danno diritto a precedenza o preferenza a parità di punteggio (art. 5, commi 4 e 5, D.P.R. 487/94 e successive modifiche o integrazioni)

12 di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al profilo professionale oggetto della selezione

13 di accettare incondizionatamente le condizioni previste dalla normativa vigente nonché dal Regolamento Organico del personale dell'Istituto Assistenza Anziani

14 di autorizzare l'Istituto Assistenza Anziani, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti, per le finalità connesse alla procedura selettiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, che le copie dei documenti/titoli eventualmente allegati sono conformi agli originali, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Verona, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma