

**BEWERBUNG UM ZULASSUNG ZUM ÖFFENTLICHEN WETTBEWERB ALS:**

**KRANKENPFLEGER/IN**  
**(7ter Funktionsebene)**

Eingangsstempel	dem Amt vorbehalten
-----------------	---------------------

Alle die in der vorliegenden Bewerbung enthaltenen und abgegebenen Erklärungen, sowie die beigelegten Unterlagen unterliegen den Bestimmungen des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 und wahrheitswidrige Erklärungen werden im Sinne des Strafgesetzbuches und der einschlägigen Sondergesetze gemäß Art. 76 des genannten Einheitstextes strafrechtlich verfolgt.

Sollte sich aufgrund von Kontrollen ergeben, dass unwahre Erklärungen abgegeben worden sind, verliert der/die Erklärende sämtliche Begünstigungen, die sich aus der aufgrund unwahrer Erklärungen getroffenen Maßnahme ergeben.

Der/Die Unterfertigte			
geboren in		am	
wohnhaft in	(Prov. )	PLZ	
Straße	Nr.	, Tel. Nr.	/
Steuernummer			

**bewirbt sich für obgenannte Stelle. Zu diesem Zweck erklärt der/die Unterfertigte auf eigene Verantwortung folgendes:**

**Anlage 1**

1) <input type="checkbox"/> dass er/sie die italienische Staatsbürgerschaft besitzt; <input type="checkbox"/> dass er/sie Bürger/Bürgerin des folgenden EU-Staates ist: _____
2) <input type="checkbox"/> dass er/sie in den Wählerlisten der Gemeinde _____ eingetragen ist <input type="checkbox"/> dass er/sie aus den folgenden Gründen nicht in den Wählerlisten einer Gemeinde eingetragen ist: _____

3)  dass er/sie **nie** strafrechtlich verurteilt worden ist und **kein** Strafverfahren anhängig hat;

dass er/sie folgende Strafverfahren **anhängig hat**: \_\_\_\_\_

dass gegen ihn/sie folgende Strafurteile **ausgesprochen wurden**: \_\_\_\_\_  
(es sind auch jene Strafurteile anzugeben, für welche die strafbare Handlung als erloschen erklärt wurde oder die Nichterwähnung des Urteils im Strafregister verfügt wurde)

---

4)  dass er/sie bei diesem Gesundheitsbezirk Dienst leistet / Dienst geleistet hat;

---

5)  dass er/sie nie vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder nie eine Stelle bei einer öffentlichen Verwaltung verloren hat oder ein öffentliches Amt bekleiden darf;

dass er/sie aus folgenden Gründen vom Dienst bei öffentlichen Verwaltungen enthoben, abgesetzt oder entlassen wurde, oder die Stelle verloren hat oder kein öffentliches Amt bekleiden darf: \_\_\_\_\_;

---

6) (nur für männliche Bewerber): dass er die Wehrpflicht erfüllt hat:

Militärdienst  Zivildienst vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

dass er die Wehrpflicht aus folgenden Gründen **nicht** erfüllt hat: \_\_\_\_\_

---

7)  dass er/sie im Besitze der körperlichen Eignung ist;

---

8)  dass er/sie zu den Menschen mit Behinderung laut Art. 1 des Gesetze Nr. 68 vom 12.03.1999 gehört, seit \_\_\_\_\_ (letzte Aktualisierung) Prozentsatz \_\_\_\_\_

---

9) dass er/sie, aufgrund seiner/ihrer Behinderung, laut Gesetz Nr. 104 vom 05.02.1992, (mit geeigneten Bescheinigungen nachzuweisen):

mehr Zeit und/oder

folgende Hilfsmittel für die Ausarbeitung der Prüfungsarbeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; benötigt

---

10)  dass er/sie im Besitz folgendes Zweisprachigkeitsnachweises, welcher am \_\_\_\_\_ von der Dienststelle für Zwei- und Dreisprachigkeitsprüfung der Autonomen Provinz Bozen ausgestellt wurde, ist:

A  B  C  D;

---

11) dass alle Mitteilungen, die das vorliegende Gesuch bzw. eine evtl. Aufnahme betreffen, ausschließlich an folgende Adresse zu richten sind:

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

12) dass er/sie im Sinne und für die Belange des Art. 20 des D.P.R. vom 26.07.1976, Nr. 752 die vorgesehenen Prüfungen in folgender Sprache ablegen will:

italienisch  deutsch

---

**Der/die Unterfertigte/r erklärt weiters,**

dass er/sie **auch** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht.  75%  50%  30%

dass er/sie **nur** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht.  75%  50%  30%

dass er/sie **überhaupt nicht** für die Besetzung von Stellen in Teilzeit zur Verfügung steht

---

**Der/die Unterfertigte/r erklärt weiters, dass er/sie für Ersatzaufträge und/oder befristete Aufträge zur Verfügung steht:**

**Vollzeit**

**auch** Teilzeit  75%  50%  30%

**nur** Teilzeit  75%  50%  30%

## STUDENTITEL

dass er/sie im Besitz folgender Studientitel ist:

Verzeichnis der für die Zulassung erforderlichen sowie eventuell höheren Studientitel (z. B. Grundschulzeugnis, Mittelschuldiplom, Berufsbefähigungsnachweis als ..., Absolvierung von Zwischenklassen, Reifediplom als ..., Fachausbildungsdiplom für ..., Absolvierung von Prüfungen oder Semestern an Universitäten, Kurzstudiumdiplom in ..., Doktorat in ...), Schulen bzw. Anstalten, wo diese Zeugnisse erlangt worden sind, Jahr der Ausstellung, jeweilige Dauer, Stadt der Schule bzw. Anstalten

Titel/Zeugnis	Schule/Anstalt/ Einrichtung	Jahr	Normale Dauer	Stadt
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**Im Besitze** der Anerkennung des im Ausland erworbenen Studientitels zu sein, welche von folgender italienischen Behörde \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ ausgestellt wurde

Einschreibung in das **Berufsverzeichnis** für \_\_\_\_\_  
bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

### **Dem Ansuchen müssen auf jeden Fall folgende Dokumente beigelegt werden:**

- Fotokopie eines gültigen Ausweises
- Bescheinigung der Zugehörigkeit oder der Zuordnung zu einer der drei Sprachgruppen laut Art. 18 D.P.R. Nr. 752 vom 26.07.1976 in geltender Fassung (IM VERSCHLOSSENEN UMSCHLAG)
- Schulischer und beruflicher Lebenslauf auf stempelfreiem Papier verfasst und mit Datum und Unterschrift versehen
- Anstelle von Erklärungen fügt der/die Unterfertigte diesem Ansuchen \_\_\_\_\_ Dokumente bei, die in einem eigenen Verzeichnis in doppelter Ausfertigung aufgelistet sind.

Rechtsinhaber der Daten ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb. Die übermittelten Daten werden vom Südtiroler Sanitätsbetrieb, auch in elektronischer Form, verarbeitet. Die Daten müssen bereitgestellt werden, um die angeforderten Verwaltungsaufgaben abwickeln zu können. Bei Verweigerung der erforderlichen Daten können die vorgebrachten Anforderungen oder Anträge nicht verarbeitet werden.

Der/Die Antragsteller/Antragstellerin erhält auf Anfrage gemäß Artikel 7-10 des Lgs. D. Nr. 196/2003 Zugang zu seinen/ihren Daten, Auszüge und Auskunft darüber und kann deren Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, verlangen.

Die Unterzeichnung der gegenständlichen Bewerbung mit den Ersatzerklärungen laut Art. 47 des Einheitstextes, genehmigt mit D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 unterliegt dann nicht der Beglaubigung, wenn die Bewerbung in Anwesenheit des dieses in Empfang nehmenden zuständigen Beamten unterzeichnet wird, bzw. wenn die Bewerbung samt einer ebenfalls nicht beglaubigten Fotokopie des Personalausweises des/der Bewerbers/in eingereicht wird.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, zuständige/r Beamter/in für den Empfang bestätigt, dass die Bewerbung in seiner/ihrer Anwesenheit unterzeichnet und dass der/diejenige, welche/r die Bewerbung eingereicht hat, mit \_\_\_\_\_ identifiziert wurde.

Unterschrift des Beauftragten: \_\_\_\_\_

### **DEM AMT VORBEHALTEN:**

- Zugangsvoraussetzungen erfüllt;  
 Zugangsvoraussetzungen nicht erfüllt, da: \_\_\_\_\_

**Anlage 2**

**BEWERBUNG UM ZULASSUNG ZUM ÖFFENTLICHEN WETTBEWERB ALS:**

**KRANKENPFLEGER/IN  
(7ter Funktionsebene)**

---

Verzeichnis der der Bewerbung beigelegten Dokumente:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	

**Sich der vorgesehenen Strafen bewusst, welche im Falle falscher Erklärungen gegen Sie/Ihn angewandt werden (laut D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, Artikel 76) auf eigene Verantwortung erklärt Sie/Er, dass die Fotokopien, die zusammen mit dieser Auflistung beigelegt sind, den Originalen in meinem Besitze entsprechen**

Datum und Unterschrift

---

**Anlage 3** Name und Nachname \_\_\_\_\_

Bei folgender Öffentlicher Verwaltung Dienst leisten/ Dienst geleistet zu haben (der Dienst bei diesem Gesundheitsbezirk ist nicht anzugeben; es ist ausreichend Punkt 4 anzukreuzen)

Körperschaft / Verwaltung	Zeitraum	Berufsbild	Funktionsebene	Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.)	Arbeitszeitverhältnis (Vollzeit oder Teilzeit mit Prozentsatz)
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name und Nachname \_\_\_\_\_

Bei folgendem Privaten Arbeitsgeber Dienst leisten / Dienst geleistet zu haben:

Arbeitgeber/Firma	Zeitraum	Berufsbild	Funktionsebene	Art des Arbeitsverhältnis (befristet, unbefristet, Freiberufler, Mitarbeit, usw.)	Arbeitszeitverhältnis (Vollzeit oder Teilzeit mit Prozentsatz)
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				
	Von _____ Bis _____ (Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)				

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anlage 4**

Name und Nachname \_\_\_\_\_

Als Teilnehmer/in an folgenden Kursen, Tagungen, Seminare teilgenommen zu haben:

Organisationskörperschaft	Ort	Titel des Kurses	Datum / Zeitraum	Stunden	CME Punkte
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name und Nachname \_\_\_\_\_

Als Vortragende/r an folgenden Kursen, Tagungen, Seminare vorgetragen zu haben:

Organisationskörperschaft	Ort	Titel des Kurses	Datum / Zeitraum	Stunden	CME Punkte
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		
			Von _____ Bis _____ Am _____		

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Eigenerklärung Zwecks Anwendung der Vorzugstitel bei Punktegleichheit in einer Rangordnung

(Art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

Name/ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Betreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> dass er/sie kinderlos ist
<input type="checkbox"/> dass er/sie _____ Kinder hat, davon _____ zu Lasten; Alter _____
<input type="checkbox"/> jene, die freiwillig Militärdienst bei den Streitkräften geleistete haben und am Ende ihrer Verpflichtung oder Wiederverpflichtung ohne Tadel entlassen wurden
<input type="checkbox"/> jene, die den Militärdienst als Frontkämpfer geleistet haben
<input type="checkbox"/> mit militärischem Orden Ausgezeichnet
<input type="checkbox"/> Kriegsversehrte und -invaliden als ehemalige Frontkämpfer
<input type="checkbox"/> Versehrtheit und Invalidität durch Kriegseinwirkungen verursacht wurde
<input type="checkbox"/> Arbeitsversehrt und -invalide des öffentlichen und privaten Sektors;
<input type="checkbox"/> Kriegswaise
<input type="checkbox"/> Waise der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/> Waisen der aus Arbeitsgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben Gekommen;
<input type="checkbox"/> im Kampf Verwundet
<input type="checkbox"/> mit dem Kriegskreuz oder einer anderen Kriegsdienstehung Ausgezeichnet, sowie Oberhaupt einer kinderreichen Familie;
<input type="checkbox"/> Kind der kriegsverursachten Versehrten und ehemaligen Frontkämpfer;
<input type="checkbox"/> die Kinder der kriegsverursachten Versehrten und Invaliden
<input type="checkbox"/> Kind der Arbeitsversehrten und -invaliden im öffentlichen und privaten Sektor
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie die verwitwetes oder lediges Geschwister der Kriegsgefallenen
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder lediges Geschwister der durch Kriegsgeschehen Umgekommenen
<input type="checkbox"/> verwitwetes und nicht wiederverheiratetes Elternteil sowie verwitwetes oder ledige Geschwister der aus Dienstgründen im öffentlichen und privaten Sektor ums Leben Gekommenen
<input type="checkbox"/> jene, die lobenswerten Dienst, wie immer auch die Auszeichnung sei, für mindestens ein Jahr in der Verwaltung geleistet haben für die der Wettbewerb ausgeschrieben ist
<input type="checkbox"/> Zivilversehrt und -invalide

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:**

***INFERMIERE/A***  
***(7ter qualifica funzionale)***

Timbro di pervenuto	Riservato all'ufficio
---------------------	-----------------------

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente domanda di ammissione nonché i documenti allegati sono soggetti alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico.

Qualora da controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade da tutti i benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di tale dichiarazione,

Il/La sottoscritto/a			
nato a		il	
domiciliato/a a	(prov. )		C.A.P.
Via	n.	, n. tel.	/
codice fiscale			

**Fa domanda per il posto succitato ed a tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:**

**Allegato 1**

1) <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a italiano/a; <input type="checkbox"/> di essere cittadino/a del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____
2) <input type="checkbox"/> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di _____ <input type="checkbox"/> di non essere iscritto/a nelle liste elettorali di un comune per i seguenti motivi _____ _____.

3)  di non avere **mai** riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;

di **essere sottoposto** al seguente procedimento penale: \_\_\_\_\_

di **aver riportato** le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_  
 (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale)

---

4)  di prestare o di aver prestato servizio presso questo Comprensorio sanitario;

---

5)  di non essere **mai** stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni

di essere stato/a dichiarato/a destituito/a, dispensato/a ovvero licenziato/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, o interdetto/a dai pubblici uffici o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per il **seguito motivo**: \_\_\_\_\_;

---

6) (solo per candidati maschili): di aver assolto gli obblighi militari:

servizio militare  servizio civile dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

di **non** aver assolto gli obblighi militari per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

---

7)  di possedere l'idoneità fisica all'impiego;

---

8)  di appartenere ad una delle categorie di cui all'art. 1 della legge n. 68 del 12.03.1999 dalla data \_\_\_\_\_ (ultimo aggiornamento) percentuale \_\_\_\_\_

---

9) di aver bisogno, in relazione al proprio handicap, ai sensi della legge n. 104 del 05.02.1992, (da dimostrare con apposita documentazione), di:

tempi aggiuntivi e/o

del seguente ausilio per lo svolgimento delle prove d'esame: \_\_\_\_\_

---

10)  di essere in possesso/a del seguente attestato di conoscenza delle lingue italiana e tedesca rilasciato in data \_\_\_\_\_ dall'ufficio Esami di Bi-Trilinguismo della Provincia Autonoma di Bolzano

A  B  C  D;

---

11) tutte le comunicazioni relative alla domanda o ad un'eventuale assunzione dovranno essere fatte esclusivamente al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ n.. tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

12) ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.P.R. n. 752 del 26.07.1976, intende sostenere le previste prove d'esame in lingua:

italiana  tedesca

---

**Inoltre dichiara:**

di essere **anche** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.  75%  50%  30%

di essere **solo esclusivamente** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time  75%  50%  30%

di **non** essere **assolutamente** interessato/a a rapporti di lavoro a part-time.

---

**Inoltre dichiara, di essere interessato/a a incarichi di supplenza e/o incarichi a tempo determinato:**

tempo pieno

anche part-time  75%  50%  30%

solo esclusivamente part-time  75%  50%  30%

## TITOLO DI STUDIO

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Elencare i titoli di studio richiesti per l'ammissione al concorso, nonché eventuali ulteriori (es. licenza di scuola elementare, diploma di scuola media, attestato di qualificazione professionale di ..., superamento classi intermedie, diploma di maturità di ..., diploma di specializzazione ..., superamento anni/esami universitari, diploma di laurea breve in ..., diploma di laurea in ...), l'istituto presso il quale sono stati conseguiti, l'anno di conseguimento, la relativa durata, e la città della scuola/istituto ..

Titolo	scuola/istituto/ istituzione	anno	durata ufficiale	Città
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

il diploma conseguito all'estero è stato **ricosciuto in Italia** dal seguente ente \_\_\_\_\_  
con data \_\_\_\_\_

iscrizione **all'albo professionale** di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### **In ogni caso alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:**

- Fotocopia di una carta d'identità valida
- Certificazione relativa all'appartenenza o aggregazione ad uno dei tre gruppi linguistici ai sensi dell'art. 18 D.P.R. n. 752 del 26.07.1976 e successive modificazioni (IN BUSTA CHIUSA)
- Curriculum formativo e professionale redatto su carta semplice, datato e firmato
- Al posto di dichiarazioni il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda \_\_\_\_\_ documenti descritti nell'unito elenco redatto in duplice copia.

Titolare dei dati è l'Azienda Sanitari dell'Alto Adige. I dati forniti verranno trattati dall'Amministrazione dell'Azienda Sanitari anche in forma elettronica, per l'applicazione del regolamento di esecuzione n. 20 del 30.05.2003.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per lo svolgimento dei compiti amministrativi richiesti. In caso di rifiuto di conferimento dei dati richiesti non si potrà dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate.

In base agli articoli 7-10 del D.Lgs. 196/2003 il/la richiedente ottiene con richiesta l'accesso ai propri dati, l'estrapolazione ed informazioni su di essi e potrà, ricorrendone agli estremi di legge, richiederne l'aggiornamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco.

La sottoscrizione della presente domanda con le dichiarazioni sostitutive ai sensi dell'art. 47 del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 non deve essere autenticata, se la presente domanda viene sottoscritta davanti al responsabile impiegato, risp. se la domanda viene consegnata accompagnata da una fotocopia della carta d'identità del candidato.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, responsabile impiegato/a conferma per la ricevuta, che la domanda è stata firmata in sua presenza e che il candidato/a, che ha presentato/a la domanda, è stato/a identificato/a con \_\_\_\_\_.

Firma del incaricato: \_\_\_\_\_

### **RISERVATO ALL'UFFICIO:**

- corrisponde ai requisiti di accesso;  
 non corrisponde ai requisiti di accesso, poichè: \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO DI:**

**INFERMIERE/A  
(7ter qualifica funzionale)**

---

Elenco dei documenti allegati:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	

**Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 previste in caso di dichiarazioni mendaci sotto la propria responsabilità che le fotocopie presentate unitamente all'istanza ed indicate nel elenco di cui sopra sono conformi all'originale in mio possesso**

Data e firma

---

**Allegato 3**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Di aver / di prestare servizio presso i seguenti **enti pubblici** :(non serve indicare il servizio presso questo Comprensorio, è sufficiente barrare punto 4)

<b>Ente pubblico</b>	<b>Periodo</b>	<b>Profilo professionale</b>	<b>Qualifica funzionale</b>	<b>Rapporto di lavoro</b> (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.)	<b>Orario di lavoro</b> (tempo pieno o part-time con percentuale)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

Data e firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

di aver / di prestare servizio presso i seguenti datori di lavoro privati:

<b>Datore di lavoro/ditta</b>	<b>periodo</b>	<b>profilo professionale</b>	<b>qualifica funzionale</b>	<b>rapporto di lavoro</b> (determinato, indeterminato, libero professionista, collaboratore, ecc.)	<b>Orario di lavoro</b> (tempo pieno o part-time con percentuale)
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				
	dal _____ al _____ (giorno, mese, anno) (giorno, mese, anno)				

Data e firma: \_\_\_\_\_

**Allegato 4**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

di aver partecipato in qualità di **Uditore** ai seguenti corsi, convegni

Ente organizzatore	Luogo	Titolo del corso	Data / periodo	ore	Crediti ECM
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		

Data e firma: \_\_\_\_\_



Name und Nachname \_\_\_\_\_

di aver partecipato in qualità di Relatore ai seguenti corsi, convegni

Ente organizzatore	Luogo	Titolo del corso	Data / periodo	ore	Crediti ECM
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		
			dal _____ al _____ il _____		

Data e firma: \_\_\_\_\_

## Dichiarazione ai fini dell'applicazione delle preferenze a parità di merito in una graduatoria

(art. 5 D.P.R. n. 487/1994)

Nome / Cognome : \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Segnare con crocetta

<input type="checkbox"/> di non avere figli
<input type="checkbox"/> di avere _____ figli, di cui _____ figli a carico, età _____
<input type="checkbox"/> militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma
<input type="checkbox"/> colore che abbiano prestato servizio militare come combattenti
<input type="checkbox"/> insignito/a di medaglia al valore militare
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a di guerra ex combattenti
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> mutilato/a ed invalido/a per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> orfano/a di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> orfano/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> ferito/a in combattimento
<input type="checkbox"/> insignito/a di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> figlio/a dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per fatto di guerra
<input type="checkbox"/> genitore vedovo non risposato, coniuge non risposato e sorella o fratello vedovo/a non sposato/a dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato
<input type="checkbox"/> coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno, nell'amministrazione che ha indetto il concorso
<input type="checkbox"/> invalido/a ed mutilato/a civile

Data e firma: \_\_\_\_\_