



<b>CONDIZIONI IDONEITA' IMPIEGO</b>	<input type="checkbox"/> di ritenersi in possesso dell'idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego <input type="checkbox"/> di non avere condanne penali o procedimenti penali pendenti <i>(in caso affermativo specificare nelle note)</i> <input type="checkbox"/> di essere in regola con le norme relative agli obblighi militari <i>(in caso negativo specificare nelle note)</i> <input type="checkbox"/> di non essere decaduto, destituito, dispensato o licenziato da impieghi pubblici, <i>(in caso affermativo specificare nelle note)</i>
<b>ESPERIENZA PROFESSIONALE</b>	Di aver prestato i seguenti servizi in qualità Istruttore Direttivo Educatore o in profilo analogo per contenuto: Dal _____ al _____ presso _____ _____ con il profilo di _____ Cat. _____ Dal _____ al _____ presso _____ _____ con il profilo di _____ Cat. _____ Dal _____ al _____ presso _____ _____ con il profilo di _____ Cat. _____ Dal _____ al _____ presso _____ _____ con il profilo di _____ Cat. _____
<b>NOTE</b>	_____ _____ _____

<b>TITOLO DI STUDIO</b>	<input type="checkbox"/> Diploma o Attestato di qualifica di Educatore _____ _____ _____	Conseguito il _____ presso l'Istituto _____ sito in _____ _____	Voto ____/____
	<input type="checkbox"/> Laurea in _____ _____ _____ _____	Conseguita il _____ presso _____ _____ sito in _____ _____	Voto ____/____
<b>IN CASO DI TITOLO DI STUDIO RILASCIATO ALL'ESTERO</b>	ESTREMI DELLA NORMATIVA CHE SANCISCE L'EQUIPARAZIONE o dell'avvenuta richiesta di riconoscimento della stessa : _____ _____ _____		

<b>ULTERIORI REQUISITI</b>	<input type="checkbox"/> di essere in possesso della patente di guida di categoria _____ rilasciata in data _____ da _____
----------------------------	--

<b>TITOLI DI PREFERENZA</b>	<input type="checkbox"/> di possedere, al fine dell'applicazione del diritto di preferenza di cui ai DD.P.R. 487/94 e 693/96, art. 5, così come modificato dalla Legge n° 127 del 15.5.1997, il/i seguente/i titolo/i _____
-----------------------------	---

DICHIARAZIONI	<input type="checkbox"/> di essere a conoscenza e di accettare in modo implicito ed incondizionato tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nell'avviso di selezione ed in particolare quanto indicato alla lettera D) relativamente al "CALENDARIO E PROGRAMMA D'ESAME" e alla lettera E) relativa alle "COMUNICAZIONI".  <input type="checkbox"/> di impegnarsi a comunicare tempestivamente per iscritto al Servizio Organizzazione e Gestione Risorse Umane – Appalti e Contratti - Nucleo Ricerca e Selezione del Personale – le eventuali variazioni dell'indirizzo indicato nella domanda, esonerando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.  <input type="checkbox"/> il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente selezione, e dichiara di aver preso visione della relativa informativa.
BENEFICI PREVISTI DALL'ART. 20 DELLA LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 N° 104	Il/La sottoscritto/a _____ riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap ai sensi della Legge 5.2.1992 n° 104 con provvedimento in data _____ emesso da _____:  <input type="checkbox"/> Chiede di poter fruire per le prove d'esame di un tempo aggiuntivo rispetto a quello che sarà concesso agli altri candidati, nella misura determinata da codesta Amministrazione. <input type="checkbox"/> Dichiara di avere la necessità, in relazione allo specifico handicap documentato, dei seguenti strumenti di ausilio: _____ _____ <input type="checkbox"/> Allega idonea certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria competente, che ne specifichi gli elementi essenziali in ordine ai benefici di cui sopra.
ALLEGATI	<input type="checkbox"/> Fotocopia (fronte retro) del documento di identità del/della sottoscritto/a. <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Tutte le comunicazioni riguardanti la selezione dovranno essere indirizzate a:

<i>(cognome e nome)</i>	<i>(città)</i>	<i>(provincia)</i>
<i>(indirizzo)</i>	<i>(C.A.P.)</i>	
<i>(telefono rete fissa)</i>	<i>(telefono cellulare)</i>	<i>(indirizzo e-mail)</i>

\_\_\_\_\_,li

\_\_\_\_\_  
***(firma per esteso e leggibile)***

*N.B. LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA UNITAMENTE A FOTOCOPIA (FRONTE/RETRO) DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' OPPURE SOTTOSCRITTA IN PRESENZA DEL PERSONALE ADDETTO A RICEVERLA.*

Spazio riservato all'Ufficio



**COMUNE DI NOVARA**

La presente dichiarazione, prevista dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, è resa e sottoscritta in mia presenza in questa sede Comunale, oggi ..... dall'interessato/a, della cui identità mi sono accertato, mediante esibizione di

.....  
.....  
L'IMPIEGATO INCARICATO