

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. 2 POSTI DI FISIOTERAPISTA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO (CAT. C. 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 vian.....
CAPtel.....Cod.Fisc.....
Mail.....Pec.....

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

Vian.....
CAP Città.....(prov.....)
TelMail.....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

(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 BLS 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 pressoore
- Formazione sulla Privacy
dal al pressoore
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso

- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso
- Titolo del corso:n. crediti ECM.....
dal al presso

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 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