

Spett.Le  
CASA di ASSISTENZA per ANZIANI "A. TOBLINI"  
Piazza Bocchera n. 3  
37018 MALCESINE (VR)

**Oggetto: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PER SOLI ESAMI PER LA COPERTURA DI UN POSTO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO - CATEGORIA B - POSIZIONE ECONOMICA B1.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, con la presente inoltra domanda di partecipazione al concorso pubblico in oggetto indicato.

Lo stesso (a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

**dichiara:**

1. di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
  2. di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici: fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_;
  3.  di essere in possesso della cittadinanza italiana;  
 di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea diverso da quello italiano (indicare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_;  
 di essere in possesso della cittadinanza nel seguente Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_ e familiare di persona in possesso della cittadinanza del seguente Paese dell'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 di uno Stato extra Unione Europea (specificare il nome dello Stato) \_\_\_\_\_ ed inoltre:  
 di essere titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo;  
 di essere titolare dello status di "rifugiato";  
 di essere titolare dello status di "protezione sussidiaria";
  4.  di godere dei diritti civili e politici, anche nello stato di appartenenza o di provenienza e di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;  
 di non godere dei diritti civili e politici (in caso negativo indicare i motivi del mancato godimento) \_\_\_\_\_;
  5.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;  
 di essere non iscritto per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;

6.  di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso ed esente da difetti ed imperfezioni che possono influire sul rendimento del servizio;
- di essere nella condizione di portatore di handicap ma che il proprio grado di menomazione fisica non comporta limitazioni lavorative;
7.  di non avere subito condanne penali o procedimenti penali in corso;
- di avere subito le seguenti condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;
8.  di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione;
- di essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la pubblica amministrazione per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_;
9. di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali o precedenza alla nomina, secondo quanto previsto dalla normativa vigente \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
10. di essere in possesso dell'attestato di Qualifica Professionale di Operatore Socio Sanitario, conseguito presso \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
11. di accettare senza riserve le condizioni del presente bando e le norme regolamentari vigenti in questo Ente, nonché quelle successive che l'Amministrazione intenda adottare;
12. che l'indirizzo di posta elettronica, (**obbligatoria**), presso il quale potranno essere inviate eventuali comunicazioni è il seguente:
- PEC: \_\_\_\_\_
- E-MAIL \_\_\_\_\_
- e che l'eventuale domicilio è: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,
- impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che alla Casa di Assistenza per Anziani "A. Toblini" non potrà essere addebitata alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.
13. Di essere a conoscenza che le notizie inerenti il Concorso (elenco ammessi, esito delle prove, ecc.) verranno pubblicate sul sito internet dell'Ente [www.caatoblini.it/albo online/bandi](http://www.caatoblini.it/albo_online/bandi) e autorizza fin d'ora l'inserimento del proprio nominativo e delle informazioni inerenti ad esso.

N.B. in caso di mancata autorizzazione non sarà possibile la partecipazione alla procedura concorsuale

In fede

\_\_\_\_\_  
*Firma del candidato*

DA COMPILARSI IN CARTA SEMPLICE.

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI UN "OPERATORE SOCIO SANITARIO" A TEMPO PIENO ED INDETERMINATO - CATEGORIA C, POSIZIONE ECONOMICA C1.

ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ NATO/A il  
\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ ALLEGA ALLA PROPRIA DOMANDA DI  
PARTECIPAZIONE AL CONCORSO IN OGGETTO INDICATO, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. Domanda di partecipazione in carta semplice;
2. Ricevuta del versamento di € 10,00= per la tassa di partecipazione al concorso.
3. Copia autenticata o autocertificazione del titolo di studio richiesto.
4. Curriculum formativo e professionale debitamente sottoscritto, con in calce la seguente dicitura"  
**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini della ricerca e selezione del personale"** e subito sotto ulteriore sottoscrizione;
5. fotocopia di un valido documento di identità.
6. indirizzo PEC (obbligatorio): \_\_\_\_\_
7. indirizzo E-MAIL: \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

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

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma)