

Spett.le Amministrazione
A.P.S.P. UBALDO CAMPAGNOLA
Via Campagnola, n. 5
38063 - AVIO (TN)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI
PER LA COPERTURA DI UN POSTO A TEMPO PARZIALE - 18 ORE SETTIMANALI
- ED A TEMPO INDETERMINATO IN FIGURA PROFESSIONALE DI
“FISIOTERAPISTA” – CAT. C EVOLUTO 1^a POSIZIONE RETRIBUTIVA**

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

presa visione del bando di concorso pubblico, per soli esami, per la copertura di un posto in figura professionale di **Fisioterapista** – cat. C evoluto prima posizione retributiva – a tempo parziale 18 ore settimanali e a tempo indeterminato, indetto da codesta Amministrazione

CHIEDE

di poter partecipare allo stesso.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”

DICHIARA DI:

1. Essere nato a _____ provincia _____ il _____ residente
in _____ provincia _____ C.A.P. _____
Via _____
Numero di telefono _____ numero cellulare _____
indirizzo e- mail _____
eventuale indirizzo pec _____

CODICE FISCALE:

2. essere in possesso della cittadinanza _____;

Solo per i cittadini non italiani

- godere dei diritti civili e politici anche dello Stato di appartenenza o provenienza

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

ovvero di non goderne per i seguenti motivi:

_____;

- avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

Solamente per i cittadini non UE:

essere titolare di:

- ☐ diritto di soggiorno
- ☐ diritto di soggiorno permanente
- ☐ permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- ☐ status di rifugiato
- ☐ status di protezione sussidiaria

3. essere fisicamente idoneo all'impiego con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento del servizio;

4. essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____
Provincia _____ ovvero non essere iscritto o essere stato cancellato dalle liste elettorali medesime per i seguenti motivi:

_____;

5. *Solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:*

di aver svolto il servizio di leva:

☐ SI, presso _____

☐ NO, indicare i motivi

☐ NO, in quanto non obbligato

6. aver riportato condanne penali:

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI, elencare le condanne penali riportate:

_____;

7. avere procedimenti penali pendenti:

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI, elencare i procedimenti penali pendenti

_____;

8. aver subito condanne che comportino l'interdizione perpetua dei pubblici uffici

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI, indicare quali:

_____;

9. aver subito condanne che comportino l'interdizione temporanea dei pubblici uffici

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda:

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

10. essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

11. essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

12. di essere in possesso del diploma universitario o laurea abilitanti la professione sanitaria di fisioterapista conseguito in data (gg.mm.aa.) _____

presso _____

in via _____

C.A.P. _____ città _____ prov. _____

ovvero (per il titolo conseguito all'estero) di essere in possesso del titolo di

conseguito in data _____ nello Stato di _____

dichiarato equipollente al titolo richiesto di _____

con _____ provvedimento _____ di _____ data _____ rilasciato _____ da _____

13. di essere iscritto presso l'Albo Professionale dei Fisioterapisti di _____ a decorrere dal _____ e al numero _____;

14. di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di Euro 25,00.=.

15. di avere titolo a preferenza nella nomina per il seguente motivo (barrare la parte che interessa): si ricorda che ai sensi di legge, a parità di merito i titoli di preferenza sono:

- ☐ gli insigniti di medaglia al valor militare;
- ☐ i mutilati ed invalidi di guerra ex combattenti;
- ☐ i mutilati ed invalidi per fatto di guerra;
- ☐ i mutilati ed invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- ☐ gli orfani di guerra;
- ☐ gli orfani dei caduti per fatto di guerra;
- ☐ gli orfani dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato;
- ☐ i feriti in combattimento;
- ☐ gli insigniti di croce di guerra o di altra attestazione speciale di merito di guerra, nonché i capi di famiglia numerosa;
- ☐ i figli dei mutilati e degli invalidi di guerra ex combattenti;
- ☐ i figli dei mutilati e degli invalidi per fatto di guerra;
- ☐ i figli dei mutilati e degli invalidi per servizio nel settore pubblico e privato;
- ☐ i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti di guerra;
- ☐ i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra ;
- ☐ i genitori vedovi non risposati, i coniugi non risposati e le sorelle ed i fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico o privato;
- ☐ coloro che abbiano prestato servizio militare come combattenti;
- ☐ coloro che abbiano prestato lodevole servizio a qualunque titolo, per non meno di un anno nell'amministrazione che ha indetto il concorso;
- ☐ i coniugati e i non coniugati con riguardo al numero dei figli a carico;
- ☐ gli invalidi ed i mutilati civili;
- ☐ militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma;
- ☐ soggetto con n.____ figli a carico, indipendentemente dal fatto che il candidato sia coniugato o meno;
- ☐ soggetto che ha prestato servizio nelle amministrazioni pubbliche;

16. rientrare tra i soggetti di cui all'art. 3 della L.P. 10 settembre 2003 n. 8 o di cui all'art. 3 della legge 05.02.1992, n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame:

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI specificare quali:

(allegare – in originale o in copia autenticata – certificazione datata relativa allo specifico handicap rilasciata dalla Commissione medica competente per territorio; per quanto attiene l'indicazione precisa dei tempi aggiuntivi e degli ausili richiesti, allegare un certificato medico – la mancata richiesta al riguardo sarà equiparata alla manifestazione di volontà di non volerne beneficiare; la richiesta non supportata dalla certificazione non potrà essere accolta)

17. rientrare tra i soggetti di cui all'art. 20 comma 2 bis della legge 05.02.1992, n. 104 ai fini dell'espletamento dell'eventuale prova preselettiva:

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella che interessa)

se SI specificare quali:

(allegare – in originale o in copia autenticata – certificazione datata relativa allo specifico handicap)

18. di aver riportato i seguenti servizi presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni (in caso di insufficienza degli spazi, allegare fogli ulteriori)

Denominazione datore di lavoro	Dal Gg/mm/aa	Al Gg/mm/aa	Tempo determ./indet.	Orario ore/sett.	Figura professionale e livello	Ambito lavorativo	Cause di risoluzione del contratto

19. di avere il seguente stato famiglia:

Cognome	Nome	Nato/a in	il	Rapporto di parentela con il dichiarante

Si dichiara, inoltre, consapevole del fatto che i requisiti devono sussistere sia al momento della data di scadenza del termine per la presentazione delle domande che a quello dell'assunzione e che, pertanto, è obbligato a comunicare, tempestivamente, a questa Amministrazione ogni modifica relativa alla presente dichiarazione.

Indicare l'indirizzo presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura:

☐ presso la propria residenza

oppure se diverso dalla residenza

☐ al seguente indirizzo

Presso _____

Via _____ n. _____

C.A.P. _____ città _____ prov _____

L'Azienda non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Allega alla presente domanda:

- ☐ ricevuta del versamento della tassa di partecipazione al concorso di Euro 25,00;
- ☐ curriculum vitae aggiornato e completo;
- ☐ copia di un documento d'identità (qualora la presente non sia sottoscritta davanti al dipendente addetto a riceverla);
- ☐ _____

Si invitano i candidati a non produrre documentazione non richiesta (es. partecipazione ad attività formative, pubblicazioni, certificati di servizio, ecc.) in quanto il presente concorso pubblico è indetto per soli esami senza attribuzione di uno specifico punteggio per la valutazione dei titoli.

Il/la sottoscritto/a, acquisite dal bando le informazioni di cui all'art. 13 del Reg UE 679/2016 e del D.Lgs. 30.06.2003 N. 193, autorizza l'A.P.S.P. Ubaldo Campagnola di Avio al trattamento dei propri dati, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa indicata nel bando di concorso.

In fede,

Data

FIRMA

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

- ☐ è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- ☐ è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

Avio, _____

.....