

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^ 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, _____

.....