

Spett.le
A.P.S.P. "Cesare Benedetti"
Via del Garda n.62
38065 MORI

*DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER ESAMI
IN FORMA ASSOCIATA
PER LA COPERTURA DI N. 4 (QUATTRO) POSTI VACANTI IN FIGURA
PROFESSIONALE DI "INFERMIERE PROFESSIONALE"
– CAT. C EVOLUTO - PRIMA POSIZIONE RETRIBUTIVA –
A TEMPO PIENO DI CUI N. 1 (UNO) POSTO RISERVATO PER I VOLONTARI
DELLE FORZE ARMATE **

di cui

*APSP "CESARE BENEDETTI" DI MORI
1 (UNO) posto A TEMPO PIENO (36 ORE SETTIMANALI)*

*APSP "CLEMENTINO VANNETTI" DI ROVERETO
3* (TRE) posti A TEMPO PIENO (36 ORE SETTIMANALI)*

** Ai sensi dell'art. 1014, comma 3 e 4, e dell'art. 678, comma 9, del D.Lgs. 66/2010 è prevista la riserva del 30% di posti (n. 01 posto) per i volontari delle Forze Armate. In mancanza di candidati idonei aventi diritto a questa riserva, il posto viene assegnato agli altri candidati idonei secondo l'ordine di graduatoria.*

E

*DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AUTOCERTIFICAZIONE)*

(Ai sensi degli art.46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla L. 04/01/1968 n.15 sono puniti ai sensi del codice penale (artt.476 e ss. c.p.) e dalle leggi speciali in materia.

Il/La sottoscritto/a _____

cod. fisc. _____ mail: _____

presa visione del bando di concorso pubblico per esami in forma associata per la copertura di n. 4 (quattro) posti vacanti in figura professionale di "infermiere professionale"– cat. c evoluto - prima posizione retributiva – a tempo pieno di cui n. 1 (uno) posto riservato per i volontari delle forze armate,

DOMANDA

Di essere ammesso al concorso indetto da codesta amministrazione, e

DICHIARA

1. Di aver compilato il form dal nome “Form dati per concorso Infermiere Professionale” e aver proceduto all'invio dello stesso;
2. Che i dati registrati nel form sono corrispondenti al vero;
3. Che è 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 è obbligatorio comunicare, tempestivamente, all'Amministrazione ogni modifica relativa ai dati dichiarati.

Allega altresì alla presente domanda:

1. la ricevuta del versamento di € 11,00.= quale tassa di partecipazione al concorso;
2. il proprio curriculum vitae aggiornato e completo.

I cittadini stranieri, in possesso di un titolo di studio non italiano, dovranno allegare il titolo di studio tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza diplomatica o consolare italiana, con la dichiarazione dell'avvenuta equipollenza.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196), acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

In fede.

Data _____

Firma _____

Il modulo domanda concorso Infermiere Professionale deve essere datato e firmato alla presenza dell'impiegato addetto; qualora non venga recapitato personalmente, ad esso deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato in corso di validità o se scaduto, con la dichiarazione sottoscritta che i dati contenuti nel documento sono tuttora invariati non avendo subito variazioni dalla data di rilascio.