

Al Segretario Direttore  
Istituto Bon Bozzolla  
Via E. F. Cardani, 1/a  
31010 FARRA DI SOLIGO (TV)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica espletata mediante colloquio attitudinale per la formazione di una graduatoria da utilizzare per la costituzione di rapporti di lavoro a tempo determinato sia a tempo pieno che parziale di OPERATORE SOCIO SANITARIO - Cat. B – Posizione economica B 01 del C.C.N.L. Comparto Funzioni Locali – (Indetta con determinazione del Segretario Direttore n. 165 del 29/07/2022).**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... a ..... prov. ....  
residente nel Comune di ..... prov. .... C.A.P..... in  
via ..... n° ..... codice fiscale .....  
recapito telefonico ..... e-mail .....

con la presente inoltra domanda di partecipazione alla selezione pubblica in oggetto.  
Lo stesso, ai sensi del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace resa ad una Pubblica Amministrazione, sotto la propria personale responsabilità,

### DICHIARA

- 1  di essere cittadino italiano  
 se cittadino di uno stato della UE diverso dall'Italia, dichiarare inoltre:
  - di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o provenienza;
  - di avere adeguata conoscenza della lingua italiana se cittadino extracomunitario, dichiarare il titolo che dà diritto alla partecipazione, ai sensi della Legge 06/08/2013, n. 97 e, inoltre:
  - di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o provenienza;
  - di avere adeguata conoscenza della lingua italiana
- 2  di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_
- 3  di essere idoneo al servizio ed esente da difetti od imperfezioni che possano influire sul rendimento dello stesso  
 di essere nella condizione di portatore di handicap che richiede, ai fini del sostenimento delle prove di esame, i seguenti ausili \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ed i tempi aggiuntivi di \_\_\_\_\_
- 4  di consentire a sottopormi a visita medica al fine di verificare l'idoneità allo svolgimento della mansione
- 5  di non aver subito condanne penali  
 e di non avere in corso procedimenti penali  
 ovvero di aver subito le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_  
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso: \_\_\_\_\_

- 6  di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per giusta causa o giustificato motivo soggettivo
- 7  (solo per i maschi) di avere la seguente posizione nei confronti degli obblighi militari:  
 di aver già svolto il servizio di leva o servizio sostitutivo  
 di essere esente
- 8  di aver conseguito il titolo di studio \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- 9  di essere in possesso della patente di guida categoria "B";
- 10  di non aver mai prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;  
 di prestare/di aver prestato servizio presso i seguenti Enti Pubblici o strutture private:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ causa di risoluzione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_ causa di risoluzione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11  di accettare senza riserve le condizioni del presente avviso e le norme regolamentari vigenti presso l'Istituto Bon Bozzolla nonché quelle successive che l'Amministrazione intenda adottare in merito.

Il domicilio presso il quale devono essere inviate le comunicazioni è il seguente:

Via ..... n° .....

C.A.P. .... Comune ..... Prov. ....

Il sottoscritto si impegna a comunicare le eventuali variazioni successive riconoscendo che l'Istituto Bon Bozzolla non assume nessuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi del Regolamento del Parlamento Europeo n. 679/2016 autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente domanda.

Allega alla domanda di partecipazione alla selezione in oggetto indicata, la seguente documentazione:

- Copia autenticata o autocertificazione del titolo di studio richiesto (*con evidenza 1000 ore di formazione anche cumulate da più attestati*)
- Curriculum formativo e professionale
- Fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità
- Fotocopia non autenticata della tessera sanitaria o del codice fiscale
- Fotocopia fronte/retro della patente di guida
- Altri titoli/documenti:

.....  
.....  
.....

Data .....

Firma .....