

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI PUBBLICA EVIDENZA  
PER LA COPERTURA DI N. 1 POSTO DI  
“COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE” – CAT. C1–**

**All’Azienda Speciale Tignale Servizi M.B.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Sesso M F  
(cognome e nome)

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
(giorno/mese/anno)

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con recapito in \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(via o piazza)

città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico di cui all'oggetto.

A tal fine certifica, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445 (le dichiarazioni, per essere considerate valide, dovranno essere confermate apponendo una X nei relativi quadratini e completate dei dati mancanti) sia i dati anagrafici sopra indicati che i seguenti:

- di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di aver riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_;
- di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del Diploma Universitario di Infermiere conseguito nell’anno \_\_\_\_\_  
con la votazione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;  
(indicare l’Università che ha rilasciato il titolo e relativo indirizzo)  
ovvero
- di essere in possesso del Diploma di Infermiere Professionale, riconosciuto equipollente al diploma universitario, conseguito nell’anno \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;  
(indicare l’Istituto che ha rilasciato il titolo e relativo indirizzo)
- di essere iscritto/a all’albo professionale per l’anno in corso;

- di non essere stato/a destituito/a da un impiego precedentemente conseguito in una Pubblica Amministrazione né di essere decaduto/a da un precedente impiego per aver conseguito la nomina mediante documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_;
- di accettare in caso di nomina tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti dell'Azienda e l'assegnazione ad una delle sedi di lavoro;
- di essere portatore di handicap e pertanto ai fini della partecipazione al concorso chiede di avere a disposizione il seguente ausilio \_\_\_\_\_ nonché di tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove, ai sensi della Legge 5.2.92 n. 104.

Il/la sottoscritto/a chiede le comunicazioni relative al presente concorso gli/le siano inviate al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza l'utilizzo dei dati di cui alla presente dichiarazione esclusivamente ai fini concorsuali ed ai relativi adempimenti successivi all'espletamento del concorso.

Con osservanza.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
FIRMA LEGGIBILE

Allegare:

- fotocopia del documento d'identità
- curriculum vitae