



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER ESAME PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO NEL PROFILO PROFESSIONALE DI ASSISTENTE SOCIALE

Il sottoscritto
(cognome) (nome)

nato/a a il

Codice Fiscale

residente a
Città e CAP:
Via e n. civico:
Recapiti telefonici:
e-mail/PEC:
(indicare il luogo di residenza e l'indirizzo completo di codice di avviamento postale, numeri di telefono fisso e mobile, e-mail ordinaria ed eventuale PEC)

domiciliato a
Città e CAP:
Via e n. civico:
(indicare l'indirizzo di domicilio SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per esame ai fini dell'inclusione nella graduatoria da utilizzare per assunzioni a tempo determinato nel profilo professionale di Assistente Sociale.

A tal fine dichiara – ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. n. 445 del 28.12.2000 – consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. per le ipotesi di falsità in atti ed in caso di dichiarazioni mendaci:

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Denominazione esatta titolo (1)
conseguito presso (2):
nell'anno

(1) indicare la denominazione completa del titolo di studio, se trattasi di laurea triennale, specialistica/magistrale e la relativa classe di laurea o se conseguita ai sensi del vecchio ordinamento (2) indicare la denominazione completa dell'Istituto/l'Università che ha rilasciato il titolo, la città nella quale si trova, l'anno di conseguimento e la votazione riportata



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

di essere iscritto all'Albo professionale degli Assistenti Sociali:

REGIONE: SEZIONE: N. DAL/...../.....

(Indicare la sede Regionale dell'Albo Professionale presso il quale si è iscritti, la sezione, il numero e la data di iscrizione)

di essere in possesso della patente di guida categoria B rilasciata da:

..... in data:/...../..... N:

di essere cittadino del seguente stato:

di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di residenza

in caso di mancata iscrizione o cancellazione dalle liste elettorali indicare la causa:

.....
.....

Solo per i candidati che non sono cittadini italiani

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o provenienza;
 di avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana.

Solo per i candidati cittadini extracomunitari

Il sottoscritto dichiara, come comprovato da documentazione allegata:

- di essere familiare di cittadino di uno stato della comunità europea, e di essere in possesso del permesso di soggiorno o permesso di soggiorno permanente
 di essere in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo ovvero di essere titolare dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria

di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano la costituzione di un rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;

in caso affermativo indicare le condanne riportate (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale) e i procedimenti penali pendenti:

.....
.....

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per persistente insufficiente rendimento, o licenziato a seguito di procedimento disciplinare, o dichiarato decaduto dall'impiego per aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

di essere a conoscenza che, ai sensi del Reg.UE 2016/679, i propri dati personali riportati nella presente domanda sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento concorsuale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo;

di essere in possesso dei seguenti titoli preferenziali:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> insignito di medaglia al valore militare | <input type="checkbox"/> vedovi o non sposati dei caduti in guerra |
| <input type="checkbox"/> mutilato o invalido di guerra ex combattente | <input type="checkbox"/> genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per fatto di guerra |
| <input type="checkbox"/> mutilato od invalido per fatto di guerra | <input type="checkbox"/> genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli vedovi o non sposati dei caduti per servizio nel settore pubblico e privato |
| <input type="checkbox"/> mutilato o invalido per servizio nel settore pubblico e privato | <input type="checkbox"/> aver prestato servizio militare come combattente |
| <input type="checkbox"/> orfano di guerra | <input type="checkbox"/> aver prestato lodevole servizio per non meno di un anno alle dipendenze del Comune di Brescia |
| <input type="checkbox"/> orfano di caduto per fatto di guerra | <input type="checkbox"/> coniugato e non coniugato con riguardo al numero dei figli a carico (numero figli: _____) |
| <input type="checkbox"/> orfano di caduto per servizio nel settore pubblico e privato | <input type="checkbox"/> mutilato o invalido civile |
| <input type="checkbox"/> ferito in combattimento | <input type="checkbox"/> militare volontario delle Forze Armate congedato senza demerito al termine della ferma o rafferma |
| <input type="checkbox"/> insignito di croce di guerra o altra attestazione di merito di guerra o capo di famiglia numerosa | <input type="checkbox"/> aver prestato lodevole servizio nelle amministrazioni pubbliche |
| <input type="checkbox"/> figlio di mutilato o di invalido di guerra ex combattente | |
| <input type="checkbox"/> figlio di mutilato o di invalido per fatto di guerra | |
| <input type="checkbox"/> figlio di mutilato o di invalido per servizio nel settore pubblico e privato | |
| <input type="checkbox"/> genitori vedovi non risposati e sorelle e fratelli | |

Solo per i candidati portatori di handicap:

Ai sensi della Legge n. 104/92, il sottoscritto dichiara di aver bisogno del seguente ausilio e/o del tempo aggiuntivo per lo svolgimento delle prove d'esame in condizione di parità con gli altri candidati per i motivi, legati al proprio stato di salute, pure di seguito precisati:

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



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

ALLEGATI:

- Fotocopia documento di identità personale in corso di validità
- Curriculum professionale
- Copia del decreto di equivalenza del titolo di studio conseguito all'estero OPPURE Copia della richiesta di equivalenza del titolo di studio conseguito all'estero inviata al D.F.P. e relativa ricevuta di spedizione della richiesta (*solo per coloro che sono in possesso di un titolo di studio conseguito all'estero*)
- Copia del permesso di soggiorno (*solo per i cittadini extracomunitari*)
- Copia della documentazione attestante il grado di parentela con il cittadino comunitario (*solo per i cittadini extracomunitari rientranti in tale casistica*)
- Copia della documentazione attestante lo status di rifugiato o lo status di protezione sussidiaria (*solo per i cittadini extracomunitari rientranti in tale casistica*)
- Copia della certificazione medica attestante la condizione di disabilità e la necessità di usufruire di ausilio e/o tempo aggiuntivo richiesti nella domanda (*solo per i candidati portatori di handicap che necessitano di ausili e/o tempi aggiuntivi per sostenere le prove in condizione di parità con gli altri candidati ai sensi dell'art. 20 commi 1 e 2 della Legge n. 104/92*)

Data, _____

Firma

NOTA BENE:

- LA FIRMA È OBBLIGATORIA PENA LA NULLITÀ DELLA DOMANDA E RIGUARDA TUTTE LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLA DOMANDA.
- LE DICHIARAZIONI CHE NON INTERESSANO IL CANDIDATO DEVONO ESSERE CANCELLATE CON UNA LINEA TRASVERSALE.