

**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

**Al Direttore Generale  
dell'ULSS n.13**

**Indirizzo posta ordinaria:**  
Via Mariutto, 76  
30035 MIRANO (VE)

**Indirizzo P.E.C.:**  
[ufficioconcorsi.ulss13mirano@pecveneto.it](mailto:ufficioconcorsi.ulss13mirano@pecveneto.it)

Il sottoscritto .....

**CHIEDE**

di essere ammesso all'Avviso pubblico per incarichi a tempo determinato di **C.P.S. INFERMIERE Cat. "D"**.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- 1) di essere nato a.....(prov.....) il..... e di risiedere a .....(prov.....) in Via.....n.....(cap.....);
- 2) di essere cittadino (nazionalità).....;
- 3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di.....(1);
- 4) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti (2);
- 5) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - Laurea di 1° livello in Infermieristica (classe L/SNT1)** conseguita presso ..... di ..... in data .....
  - Laurea Magistrale/Master in ..... conseguito/a presso .....di.....in data .....
- 6) di essere iscritto all'Albo Professionale degli Infermieri della provincia di .....al n° .....**
- 7) di essere nei riguardi degli obblighi militari nella posizione di..... (3);
- 8) di avere/non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (4);
- 9) di essere esente da patologie o problematiche fisiche che possano influire negativamente sul rendimento lavorativo;
- 10) di avere diritto a preferenza nella nomina in quanto.....(5);
- 11) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della presente procedura di Avviso pubblico e agli adempimenti conseguenti.

Ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo di:

- posta ordinaria (*indicare C.A.P.*):

.....

- indirizzo P.E.C.: .....

Tel. n. ....

Data.....

**FIRMA**

.....

- 1) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi.
- 2) In caso contrario indicare le condanne penali riportate facendo riferimento alle dichiarazioni di cui al punto "Presentazione delle domande" del bando.
- 3) Per la valutazione del servizio militare ai sensi della legge 958/86 indicare la posizione ed il servizio attestati nel foglio matricolare.
- 4) Indicare le cause della eventuale risoluzione dei rapporti di impiego.
- 5) Allegare/autocertificare il titolo che dà diritto a preferenza (D.P.R. 487/94 e s.m.i.).

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA DI AVER PARTECIPATO**  
**ALLE SEGUENTI INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE**

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema: .....					
organizzato da: .....					
località dove si è svolto: .....					
periodo: dal ..... al ..... con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n. ....		per complessive ore n. ....		crediti n. ....	

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema: .....					
organizzato da: .....					
località dove si è svolto: .....					
periodo: dal ..... al ..... con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n. ....		per complessive ore n. ....		crediti n. ....	

<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/>
altro					
sul tema: .....					
organizzato da: .....					
località dove si è svolto: .....					
periodo: dal ..... al ..... con esame finale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					
per complessive giornate n. ....		per complessive ore n. ....		crediti n. ....	

**PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**  
**DI AVER PRESTATO SERVIZIO**

**presso PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

- Denominazione ed indirizzo completo della P.A.

.....

- nel profilo di ..... Categoria .....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): Inizio ...../...../..... Fine ...../...../.....

Rapporto di lavoro:

subordinato a tempo indeterminato;     subordinato a tempo determinato;

Altro ..... (utilizzare nel caso di attività didattica, prestazioni occasionali, frequenza volontaria, stage, tirocini, volontariato, ecc.);

Contratto libero – professionale (ex art. 7 D.Lgs 165/2001);

Tempo pieno             A part-time             Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni: dal ..... al .....

Si precisa che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79. (In caso positivo, annullare la dichiarazione e precisare la misura della riduzione del punteggio di anzianità).

**presso PRIVATI**

- Denominazione ed indirizzo completo della ditta

.....

- Con la qualifica di ..... Categoria .....

- Periodo lavorativo (giorno/mese/anno): Inizio ...../...../..... Fine ...../...../.....

Rapporto di lavoro:

subordinato a tempo indeterminato;     subordinato a tempo determinato;     Altro .....

Contratto libero – professionale;

Tempo pieno             Part-time             Indicare sempre n. ore settimanali .....

Eventuale aspettativa senza assegni: dal ..... al .....

PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_\_),

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

**Che le copie fotostatiche di seguito elencate ed allegate alla presente domanda sono conformi all'originale:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**PER ULTERIORI DICHIARAZIONI, UTILIZZARE COPIE DEL PRESENTE MODELLO**

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso in originale del dichiarante)

**La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità personale in corso di validità.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.