

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**  
**ALLA SELEZIONE PER L'ASSUNZIONE DI N. 1 INFERMIERE**

ALL'AZIENDA SPECIALE PER I  
SERVIZI SOCIALI "IDA ZUZZI"  
VIA DELL'UNIONE, N. 10  
30028 SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)

Il / la sottoscritto/a

sig./a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_,

in Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, con la presente dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà ( ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000 )

formula istanza

di partecipazione alla **selezione pubblica per esami per l'assunzione a tempo indeterminato e pieno di n. 1 Infermiere** ( categoria D – posizione economica D1 del CCNL Funzioni Locali ) per le esigenze della Casa di Riposo "Ida Zuzzi" di San Michele al Tagliamento (VE), prevista dal bando di selezione approvato con determinazione del Direttore n. 60 del 29.08.2018.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue ( **barrare solo le voci che interessano** ):

di possedere il seguente titolo di studio ammesso dall'avviso di selezione :

\_\_\_\_\_ ;

che il titolo di studio ammesso dall'avviso di selezione conseguito all'estero è stato dichiarato equipollente in Italia ( nel caso in cui il titolo di studio sia stato conseguito all'estero va allegata la documentazione comprovante l'equipollenza, salvo che lo stesso non sia già nella disponibilità dell'azienda ) ;

di aver prestato documentato servizio per non meno di 12 ( dodici ) mesi nel triennio antecedente la data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione alla selezione ( vale a dire durante il periodo compreso fra il 20 settembre 2015 e il 20 settembre 2018 ) relativamente a mansioni di Infermiere presso il/i seguente/i datore/i di lavoro/committente/i :

\_\_\_\_\_ ( datore di lavoro/ committente )      \_\_\_\_\_ ( sede datore di lavoro )      \_\_\_\_\_ ( periodo di lavoro )

\_\_\_\_\_ ( datore di lavoro/committente )      \_\_\_\_\_ ( sede datore di lavoro )      \_\_\_\_\_ ( periodo di lavoro )

\_\_\_\_\_ ( datore di lavoro/committente )      \_\_\_\_\_ ( sede datore di lavoro )      \_\_\_\_\_ ( periodo di lavoro )

\_\_\_\_\_ ( datore di lavoro/committente )      \_\_\_\_\_ ( sede datore di lavoro )      \_\_\_\_\_ ( periodo di lavoro )

\_\_\_\_\_ )  
( datore di lavoro/committente )

\_\_\_\_\_ )  
( sede datore di lavoro )

\_\_\_\_\_ )  
( periodo di lavoro )

di non essere stato licenziato per giusta causa da una azienda speciale, un ente o amministrazione pubblica, destituito o dispensato dall'impiego per persistente insufficiente rendimento, ovvero di non essere stato dichiarato decaduto ai sensi dell'art. 127, comma 1, lett. d), D.P.R. n. 3/57; di non aver riportato condanna penale per delitti che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni;

di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi della normativa sulla privacy per le finalità inerenti le procedure di selezione ;

di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento delle mansioni relative al posto da ricoprire ;

avendo prestato ( come da documentazione agli atti di codesta azienda, cui si rinvia ), nell'esecuzione di uno o più contratti a termine, attività lavorativa presso l'Azienda Speciale per i Servizi Sociali Ida Zuzzi per un periodo superiore a 6 mesi con mansioni di Infermiere, intende avvalersi del diritto di precedenza di cui all'art. 24, commi 1 e 4, del Decreto legislativo 15.06.2015, n. 81 ;

per gli appartenenti alle categorie protette di cui alla legge 68/1999 : di essere iscritto/a negli elenchi di cui all'art. 8 della legge stessa, di non aver perduto capacità lavorativa e che la natura e il grado di invalidità non è di pregiudizio all'espletamento delle mansioni da assumere e all'eventuale sicurezza degli impianti ;

di comunicare i seguenti recapiti a cui inviare le comunicazioni relative alla presente selezione ( in particolare : comunicazione data prova d'esame ) :

Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_,

Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Telefono fisso : \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo posta elettronica : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data )

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile per esteso)

Allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità ( es. : carta d'identità, passaporto, ecc. ).

Allega inoltre ( facoltativo ) la seguente ulteriore documentazione ( titolo di studio, ecc. ) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La documentazione concernente il titolo di studio potrà essere prodotta in fotocopia con allegata dichiarazione sostitutiva che ne attesti la conformità all'originale ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445. Tale dichiarazione non necessita di autenticazione se sottoscritta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione o se trasmessa unitamente alla fotocopia del valido documento d'identità.