

MODELLO DOMANDA

(Da riprodurre in carta semplice non scrivere a mano sul presente modulo)

All'Azienda Pubblica di Servizi alla
Persona

ASP Frosinone

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____, il ___/___/_____, C.F.: _____, P.Iva
_____, residente in _____, prov. _____, via/piazza
_____, e-mail _____, pec _____

CHIEDE

di poter essere iscritto all'elenco aperto delle professionalità quali insegnanti per asilo nido e assistenti per l'infanzia nell'ambito delle seguenti aree di intervento: attivazione Asilo Nido presso Comune di Pastena.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara sotto la propria responsabilità:

A TAL FINE DICHIARA

- di essere nato/a _____ (_____) il ___/___/_____
- di essere residente a _____ (_____) (C.A.P. _____), in via _____ n. _____
- di essere in possesso della cittadinanza Italiana _____
ovvero
- di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea _____
ovvero
- di essere cittadino di Paese non comunitario in possesso di permesso di soggiorno
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di mancata iscrizione, indicare il motivo) oppure per i cittadini degli Stati Membri dell'Unione Europea e di Paese non comunitario, dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza ovvero i motivi del mancato godimento dei diritti stessi e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

di essere in possesso del seguente Codice Fiscale: _____

di non aver subito condanne penali;

oppure:

di aver riportato le seguenti condanne penali _____

di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

Titolo di studio _____ conseguito il ____/____/____
presso _____

Titolo di studio _____ conseguito il ____/____/____
presso _____

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione universitaria:

Specializzazione _____ conseguita il ____/____/____
presso _____

Specializzazione _____ conseguita il ____/____/____
presso _____

di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ a decorrere dal
____/____/____;

di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei _____ provincia/regione di
_____ a decorrere dal ____/____/____

di non rientrare nella fattispecie di cui all'art.5 - comma 9 - del decreto legge 6.7.2012 n.95, convertito in Legge 7.8.2012, n.135 (collocamento in quiescenza da una Pubblica Amministrazione con svolgimento nel corso dell'ultimo anno di servizio di funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dell'incarico di cui al presente avviso pubblico) e nella fattispecie di cui all'art.25 della legge 23.12.1994, n.724 (volontariamente cessato dal servizio da codesta Azienda nell'ultimo quinquennio per collocamento a riposo per anzianità di servizio o per pensione anticipata per anzianità);

di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi.

di non trovarsi in stato di interdizione legale o temporanea dagli uffici pubblici;

di non avere procedimenti giudiziari pendenti nei confronti dell'ASP Frosinone;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi o di incompatibilità con riferimento agli incarichi, di cui all'art. 1 comma 42 lettera h) della Legge 190/2012;
- di essere titolare di Partita IVA n° _____

oppure:

- di NON essere titolare di P.Iva ma di essere disponibile all'apertura della stessa in caso di assegnazione di incarico professionale da parte dell'Ente;
- di aver svolto attività professionale come sotto indicato:

Struttura	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto *
	data inizio	data fine		
	___/___/___	___/___/___		
	___/___/___	___/___/___		
	___/___/___	___/___/___		
	___/___/___	___/___/___		
	___/___/___	___/___/___		
	___/___/___	___/___/___		

(*) indicare se con rapporto di dipendenza o con rapporto di lavoro autonomo, precisando comunque l'impegno orario

- di essere in possesso delle seguenti esperienze professionali specifiche rispetto all'oggetto dell'incarico:

- Il/La sottoscritto/a _____, ai fini delle comunicazioni, elegge il proprio domicilio in _____, CAP _____, Via/Piazza _____, n. _____, e indica i seguenti recapiti telefonici (fisso e/o cellulare) _____, indirizzo e-mail _____; indirizzo PEC _____, impegnandosi a comunicare tempestivamente all'ASP, per iscritto, eventuali variazioni.
- di manifestare il consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n°196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Al riguardo dichiara di essere a conoscenza che il titolare del trattamento dei dati personali è l'ASP Frosinone;

- i dati personali raccolti sono utilizzati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per la selezione del personale al fine dell'attribuzione degli incarichi e che il loro conferimento è obbligatorio per il corretto svolgimento dell'istruttoria e per gli adempimenti successivi;
- nel caso di conferimento di incarico saranno altresì utilizzati per le finalità connesse allo svolgimento dell'incarico stesso e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi;
- ai sensi di legge, i nominativi dei consulenti che collaborano con l'Ente, l'oggetto, la durata e il compenso dell'incarico saranno raccolti in apposito elenco, soggetto alle forme di pubblicità previste dalla legge.

Allega alla domanda:

- 1 curriculum vitae debitamente datato e sottoscritto in formato europeo;
- 2 lettera di motivazione in ordine all'eventuale inserimento nello specifico progetto;
- 3 copia di un documento di identità personale in corso di validità;
- 4 ogni altro documento si ritenga utile allegare (*specificare*).

Data ____/____/____

Firma *

* allegare fotocopia non autentica di documento di identità in corso di validità alla data della presentazione della domanda, nonché, per i cittadini di Paese non comunitario, copia fotostatica della carta/permesso di soggiorno in corso di validità alla data di presentazione della domanda.