

**SCHEMA DI DOMANDA**

Spett.le  
Asp Frosinone  
Viale Mazzini, 133  
03100 Frosinone  
pec: aspfrosinone@pec.it

Oggetto: **ISTANZA RELATIVA ALLA SELEZIONE PUBBLICA,  
MEDIANTE VALUTAZIONE DEI CURRICULA FORMATIVI E  
DEI TITOLI, AVVISO DEL. 045/2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica, mediante valutazione del proprio *curriculum* formativo e professionale, per l'affidamento dell'incarico a tempo determinato e part-time per **n. 8 Operatori Socio Sanitari per le necessità della Comunità Alloggio Ferrari di Ceprano.**

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi degli artt.46 e 47 DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt.75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità:

1.  di essere in possesso della Cittadinanza italiana

*ovvero*

dello Stato membro dell'Unione Europea \_\_\_\_\_;

*ovvero*

(*dettagliare fattispecie*) \_\_\_\_\_;

2.  di essere fisicamente idoneo/a all'impiego relativamente al profilo professionale previsto nell'avviso;

3.  di godere dei diritti civili e politici;
4.  di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;
5.  di essere in posizione regolare rispetto agli obblighi di leva (*solo per i cittadini italiani di sesso maschile nati entro il 31.12.1985*), anche rispetto agli ordinamenti del Paese di appartenenza o provenienza (*solo per i cittadini non italiani*);
- fattispecie non applicabile*;
6.  di conoscere la lingua inglese;
7.  di conoscere le apparecchiature ed applicazioni informatiche più diffuse;
8.  di possedere un diploma di istruzione secondaria di primo grado conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e di aver assolto all'obbligo scolastico;
9.  di possedere l'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario conseguito in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
10.  di non essere in condizioni di trattamento pensionistico e non aver superato l'età prevista dall'ordinamento vigente per il collocamento a riposo d'ufficio;
11.  di possedere un titolo di riserva ai sensi di legge 68/1999;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_;
 

*ovvero*

 di non essere iscritto/a
 

*ovvero*

 di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
 

per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;
  - di non aver riportato condanne penali e non essere stato/a interdetto/a o sottoposto/a a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, l'accesso all'impiego presso la Pubblica Amministrazione;

*ovvero*

di non riportare le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_;

*ovvero*

di essere sottoposto a procedimento penale \_\_\_\_\_;

- di non essere stato/a licenziato/a, destituito/a, dispensato/a o dichiarato/a decaduto/a da precedenti rapporti di lavoro presso Pubbliche Amministrazioni per giusta causa, ovvero per altre cause previste da norme di Legge o di Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro;
- di non avere contenziosi legali in essere di alcun tipo con l'Asp Frosinone;
- di aver avuto i seguenti precedenti rapporti di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni e le cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego \_\_\_\_\_;

*ovvero*

di non aver avuto precedenti rapporti di lavoro con le Pubbliche Amministrazioni;

- di non essere stato/a destinatario/a di provvedimenti disciplinari nel biennio precedente alla data di scadenza dell'Avviso, né avere procedimenti disciplinari in corso;
- di non essere in quiescenza da Amministrazioni pubbliche o private;

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara, altresì, di accettare incondizionatamente tutte le norme, le modalità di partecipazione e di comunicazione contenute nell'Avviso di selezione pubblica, mediante la valutazione del proprio *curriculum* formativo e professionale, per l'affidamento dell'incarico a tempo determinato del personale scolastico dell'Asp Frosinone.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara, altresì, che le attestazioni rilasciate sono documentabili e di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della domanda e dei documenti allegati, comportano le sanzioni penali di cui al D.P.R. n. 445/00 e la decadenza dai benefici conseguiti in base alle dichiarazioni non veritiere nonché la trasmissione dei relativi atti alle competenti Autorità Giudiziarie, ai Collegi/Ordini ed alle eventuali amministrazioni di appartenenza.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza l'Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i. e del GDPR, Regolamento UE n. 2016/679,

finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura di selezione (l'informativa completa è consultabile sul sito dell'Ente).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai fini delle comunicazioni relative alla procedura selettiva in oggetto, 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.

Allega alla presente domanda:

1. copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità, datata e sottoscritta (SOLO NEL CASO di sottoscrizione della documentazione con firma OLOGRAFA);
2. *curriculum* formativo e professionale redatto in via esclusiva in formato europeo, datato e sottoscritto;
3. copia dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario o altro equipollente;

*altro specificare*

4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_;
6. \_\_\_\_\_;
7. \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_