

Fac- simile DOMANDA di AMMISSIONE (in carta semplice). ALLEGATO "A"¹

Al sig. PRESIDENTE
DELL ' ISTITUZIONE COMUNALE
VILLA MIARI
Via Lesina di Sopra 111
36014 SANTORSO (VI)

Il/la sottoscritto/a, _____ chiede di essere ammesso al concorso pubblico indetto da codesta Amministrazione per l'assegnazione di Borse di Studio annuali e/o biennali di €12.950,00= (importo annuo) ciascuna, per diplomati/laureati universitari in fisioterapia per il Centro di Neuroriabilitazione Cognitiva "Villa Miari", indetto da codesta Amministrazione.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. nr. 445/2000 e ss.mm.ii.:

a) di essere nato/a a _____ il _____ e di risiedere in _____ via _____ n. _____ tel. _____ indirizzo mail _____

b) di essere in possesso del seguente codice fiscale _____

c) di essere di stato civile _____ (figli n. _____)

d) di essere in possesso della cittadinanza _____

e) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____

f) di avere/non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali in corso;

g) di essere in possesso del diploma/laurea o titolo equipollente in _____ conseguito il ___/___/___ presso _____.

h) di essere in possesso dell'attestato di qualifica di _____

¹ NB. Nel compilare la domanda il candidato deve cancellare le voci che non riguardano il proprio status e completare quelle da dichiarare.

_____ conseguito il ____/____/____ presso
_____, ovvero di aver conseguito il titolo di
_____ in data ____/____/____ nello stato di
_____ dichiarato equipollente al titolo richiesto con decreto
n. ____ del _____ rilasciato da _____ di cui si allega
copia conforme all'originale.

i) di avere/non avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni (così come
riportato nel proprio curriculum allegato alla domanda).

l) di essere/non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche
amministrazioni.

m) di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari: _____

Parte riservata ai portatori di handicap (riconosciuti tali a seguito di accertamenti
effettuati dalle Aziende sanitarie locali mediante commissioni mediche di cui all'art. 4
della Legge nr. 104/1992):

Dichiara di essere portatore di handicap ai sensi della legge nr. 104/1992 e di avere la
necessità di ausilii, come di seguito precisato:

Ovvero dei seguenti tempi aggiuntivi: _____

In sede d'esame, in relazione allo specifico handicap, è necessario quanto di seguito
precisato: _____.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere
trattati, nel rispetto della legge nr. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente
procedura. Il sottoscritto dichiara di conoscere e accettare quanto previsto dal bando di
concorso per il quale è inoltrata la presente domanda di partecipazione.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente bando sia inviata al seguente

indirizzo:

Sig. _____
Via _____ nr. _____
Cap _____ Comune _____ (_____)
Tel. ____ / _____ mail: _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare le eventuali variazioni successive, riconoscendo che l'Amministrazione dell'Ente non assume responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario per la dispersione di comunicazioni, dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per gli eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Data _____

Firma
