

Al Responsabile del Servizio  
Associato per la gestione del personale  
Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese  
P.zza della Pace n.4  
40038 Vergato (BO)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
a.....(Prov.....), residente a.....  
(Prov. ....), via ..... Cap.....  
Tel. .... e-mail.....

### C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare alla Selezione per titoli ed esami per la formazione di una graduatoria per assunzioni a tempo determinato nel profilo di **“Collaboratore professionale sanitario - Infermiere”**, **Cat.D.**  
A tal fine, conscio/a della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

1. di essere cittadino/a italiano/a, ovvero di stato dell'Unione Europea (nazione .....);
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....
3. di godere dei diritti civili;
4. di non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso (1),  
- oppure: di avere riportato condanne penali per i seguenti reati:.....;  
- oppure: di avere procedimenti penali pendenti per i seguenti reati:.....;
5. di essere in posizione regolare nei confronti dell'obbligo di leva (2);
6. di essere immune da interdizione dai pubblici uffici e di non essere stato destituito/a o dispensato/a da precedenti pubblici impieghi;
7. di essere in possesso del seguente titolo di studio: .....  
conseguito il .....presso .....
8. di essere iscritto all'albo professionale degli infermieri;
9. di essere in possesso dei seguenti titoli di preferenza a parità di valutazione:  
..... (3).

Il/La sottoscritto/a trasmette, unitamente, alla presente domanda:

- ricevuta di versamento della tassa di concorso di 10,00 Euro sul c.c.p. n.1018240471;
- il curriculum formativo professionale datato e firmato;
- fotocopia di un documento di identità.

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs. n.196/2003, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.

Il/La sottoscritto/a, avendone diritto ai sensi dell'art.20 della Legge 5.2.92, n. 104, dichiara di avere necessità di svolgere le prove di esame con.....(4).  
A tale scopo allega la relativa certificazione medica (5)

Data \_\_\_\_\_

F I R M A \_\_\_\_\_

---

NOTE

- 1 la dichiarazione è obbligatoria soltanto per i candidati che, alla data di presentazione della domanda, abbiano subito condanne penali o siano sottoposti a procedimenti penali; in tal caso, indicare la data del provvedimento e l'Autorità Giudiziaria che lo ha emesso ed i procedimenti penali pendenti; debbono essere indicate anche le condanne per le quali sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale
  - 2 dichiarazione obbligatoria per i soli candidati di sesso maschile
  - 3 omettere la dichiarazione in caso negativo
  - 4 il candidato deve specificare gli eventuali tipi di ausilio e/o tempi aggiuntivi sulla base della certificazione medica
  - 5 barrare l'intera dichiarazione in caso negativo
-