All'ASP Fabrizio Guarino
Via Fratta, 2
83029 Solofra

OGGETTO: ISTANZA RELATIVA ALLA SELEZIONE PUBBLICA, MEDIANTE VALUTAZIONE DEI *CURRICULA* FORMATIVI E PROFESSIONALI, PER L'ISCRIZIONE NELLA SHORTLISTI DI OPERATORI SOCIO SANITARI DA PARTE DELL'ASP FABRIZIO GUARINO CON VALIDITTA' FINO AL 31/12/2026

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____, il _____, C.F.: _____, residente in _____, prov. _____, via/piazza _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica, mediante valutazione del proprio *curriculum* formativo e professionale, per la costituzione di una shortlist di operatore socio sanitario dell'ASP Fabrizio Guarino con validità fino al 31/12/2026.

A TAL FINE DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 e dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- ☐ di essere in possesso della Cittadinanza italiana

  oppure

- ☐ dello Stato membro dell'Unione Europea _____;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov. __;
- ☐ (*per i cittadini U.E.*) Comune, Provincia e Stato di appartenenza _____;
- ☐ di non essere iscritto/a o di essere stato/a cancellato/a dalle liste elettorali del Comune di _____ per i seguenti motivi _____ _____;

- ☐ di essere fisicamente idoneo/a all'impiego;
- ☐ 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);
- ☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:

  _____;
- ☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti esperienziali e professionali:

  _____;
- ☐ 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;
- ☐ di non essere in alcuna delle condizioni previste dalle leggi vigenti come cause ostative per la costituzione del rapporto di lavoro;
- ☐ 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 carichi penali pendenti;
- ☐ di non aver riportato condanne penali per reati che, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, impediscano la costituzione del rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione o comportino il licenziamento;
- ☐ di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti e puniti dal Libro secondo, Titolo secondo, Capo I, del Codice Penale;
- ☐ di non essere indagato/a per i reati previsti dagli articoli 314 primo comma (peculato), 316 (peculato mediante profitto dell'errore altrui), 316-*bis* (malversazione a danno dello Stato), 317 (concussione), 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), 319 (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio), 319-*ter* (corruzione in atti giudiziari), 319-*quater*, primo comma (induzione indebita a dare o promettere utilità), 320 (corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio) del Codice Penale;
- ☐ di non essere stato/a condannato/a, anche con sentenza non definitiva da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose;
- ☐ 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 avere contenziosi legali in essere di alcun tipo con l'ASP Fabrizio Guarino o di non averne avuto in passato;
- ☐ di non essere in quiescenza da Amministrazioni pubbliche o private;
- ☐ di possedere il riconoscimento della qualifica di operatore socio sanitario.

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'iscrizione nella shortlist di operatori socio sanitari.

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.

Luogo e data _____

Firma

…….