********

**DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 25**

 **COMUNE DI LIPARI CAPOFILA**

**Lipari – Leni – Malfa – Santa Marina Salina**

***DOMANDA DI PARTECIPAZIONE***

# Domanda di partecipazione alla procedura ad evidenza pubblica per la selezione per titoli e colloquio per l’assunzione a tempo determinato e Full-time (36 ore settimanali) per n°2 Assistenti Sociali - Area dei Funzionari e dell’Elevata Qualificazione (ex Cat. D1) posizione economica D1, CCNL Comparto Funzioni Locali a valere sui fondi del Piano di Azione Locale (PAL)-Fondo Povertà 2018. CUP: H69G23000190001 ed a seguire per la costituzione di una long list per conferimento incarichi analoghi in altre progettualità del Distretto Socio-Sanitario 25

Io sottoscritto/a

Cognome ……………………………………………................................Nome ……………………………….........................

Data di Nascita …………………………………………………Comune di Nascita ………………………………………………………

Provincia di Nascita ……………………………………………………Codice Fiscale ……..………………………………..............

Indirizzo Residenza ………………………………Indirizzo Domicilio ………………………………………………………………….

Telefono fisso ………………………… Telefono mobile ……………………………………………………………………….

Email …………………………………………Pec………..………………………………………………………………………………………..

**CHIEDO**

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione in oggetto e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,

|  |
| --- |
| **Dichiaro di possedere i seguenti requisiti generali obbligatori:** |
| essere cittadino italiano oppure* essere cittadino di altro Stato membro dell’Unione Europea o di Stato non appartenente all’Unione Europea, regolarmente soggiornante sul territorio nazionale, in possesso di adeguata conoscenza della lingua italiana

Indicare cittadinanza………………………………………….* avere un’età non inferiore ad anni 18 e non superiore a quella prevista dalle norme vigenti in materia di quiescenza;
* godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza;

non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo o non essere stato destituito o dispensato dal servizio presso la Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento, né per esser stato dichiarato decaduto da un impiego statale per aver conseguito la nomina mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile o di non essere stato licenziato dalle Pubbliche Amministrazioni per motivi disciplinari o per giusta causa;* essere in posizione regolare nei riguardi degli obblighi di leva per i soggetti tenuti all’assolvimento di tale obbligo;
* possedere l’idoneità fisica specifica per le funzioni afferenti al profilo professionale ricercato, consistente nella mancanza di patologie che possano compromettere l’espletamento dei compiti e delle funzioni attinenti la mansione;
* non aver riportato condanne penali o non avere procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;

Dichiaro:* Di non aver riportato condanne penali per qualsiasi altro reato
* Di non avere procedimenti penali in corso per qualsiasi altro reato

*Oppure** Di aver riportato le seguenti condanne penali

*Indicare condanne penali**………………………………………………** Di avere i seguenti procedimenti penali in corso

*Indicare procedimenti penali**……………………………………* |

|  |
| --- |
| **Dichiaro di possedere i seguenti requisiti specifici obbligatori** |
| * uno dei titoli di studio indicati nel bando di concorso (o titolo di studio equipollente o equiparato, indicando i requisiti di equipollenza), riconosciuti come abilitanti alla professione di Assistente Sociale, ai sensi della normativa vigente:

Indicare la laurea e la classe Miur…………………………………........Indicare anno iscrizione laurea………………………………………Indicare anno conseguimento laurea…………………………………………Eventuale decreto di equipollenza………………………………………Indicare votazione conseguita* Da 66 a 99
* Da 100 a 104
* Da 105 a 110
* 110 e lode
* Iscrizione all’Albo professionale degli Assistenti Sociali

Indicare il numero di iscrizione all’Albo…………………………………........................................Indicare la sezione di iscrizione all’Albo…………………………………........................................Indicare la Regione di iscrizione all’Albo…………………………………........................................Indicare anno iscrizione all’Albo………………………………………………………………. / / (gg/mm/aa) |

|  |
| --- |
| **Dichiaro, inoltre** |
| * di aver preso visione del bando di concorso e di accettare integralmente e senza riserva alcuna le clausole in esso contenute;
* di autorizzare il Comune di Lipari nella qualità di comune capofila del distretto n. 25 alla gestione e al trattamento dei miei dati personali secondo la normativa vigente (GDPR Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e ss.mm.ii.), secondo quanto previsto nel bando di concorso, per le finalità legate alla selezione e all’eventuale assunzione.

Dichiaro, inoltre:* + di non appartenere alle categorie dei volontari delle Forze Armate, per la riserva prevista nel bando di concorso, ai sensi dell’art. 1014 del D.Lgs. n. 66/2010, così come modificato dall’art. 11 del D.Lgs. n. 8/2014

*Oppure** + di appartenere alle categorie dei volontari delle Forze Armate e di volere usufruire della riserva prevista nel bando di concorso, ai sensi dell’art. 1014 del D.Lgs. n. 66/2010, così come modificato dall’art. 11 del D.Lgs. n. 8/2014

*Indicare la specifica categoria di appartenenza*……………………………………………………………………….. Dichiaro, inoltre:di non possedere alcun titolo di preferenza previsto dall’art. 5 – comma 4 – D.P.R. 9.5.1994 n. 487 e ss.mm.ii.*Oppure*di possedere il seguente titolo di preferenza previsto dall’art. 5 – comma 4 – D.P.R. 9.5.1994 n. 487 e ss.mm.ii.*Indicare titolo di preferenza*…………………………………………………………………………………………………………di non possedere alcuna disabilità*Oppure*di possedere la seguente disabilità, ai sensi della Legge n. 104/1992 e ss.mm.ii.*Indicare disabilità e relativa percentuale*………………………………………………………………………………………………………………..* di essere affetto da disturbi specifici di apprendimento DSA

*Oppure** di non essere affetto da disturbi specifici di apprendimento DSA
* di non avere la necessità di ausili e/o di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove d’esame;

*Oppure** di avere la necessità del seguente ausilio e/o tempo aggiuntivo per lo svolgimento delle prove d’esame

*Indicare ausilio e/o tempo aggiuntivo*…………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Dichiaro di aver allegato i seguenti documenti obbligatori:** |
| * Copia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità

*Indicare tipologia documento**…………………………….…**Indicare numero documento**……………………………….**Indicare data scadenza documento* */ / (gg/mm/aa)*Dichiaro di aver allegato il/i seguente/i documento/i:* copia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* documentazione medico-sanitaria attestante la condizione di disabilità e/o di possesso di disturbi specifici dell’apprendimento DSA e/o inerente la necessità di ausili e/o di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove d’esame.
 |

Data / /  Firma ……………………………………… |