# IN CARTA LIBERA

AL SIG. SINDACO del Comune

di FAGNANO OLONA (VA)

===========================

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONCORSO PUBBLICO PER SOLI ESAMI PER L’ASSUNZIONE A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 1 DIPENDENTE DI CAT. D1 - (dell’uno o dell’altro sesso) – PROFILO PROFESSIONALE “ISTRUTTORE DIRETTIVO SPECIALISTA IN ATTIVITA’ AMMINISTRATIVE E CONTABILI”**

IO SOTTOSCRITTO/A

codice fiscale ……………………………………………………………………………………………..

RESIDENTE A …………………………………… IN VIA

N. TELEFONICO …………………………………. CELL. N.………………..………………………………

INDIRIZZO E-MAIL …………………………………..……………………………………………………….

INDIRIZZO PEC …………………………………..……………………………………………..…………….

## CHIEDO

DI ESSERE AMMESSO/A A PARTECIPARE AL CONCORSO IN OGGETTO.

**DICHIARO**, sotto la mia responsabilità, quanto segue:

1. di essere nato/a a ………………………………………………………… il ………………………….
2. □ di essere cittadino/a italiano/a

□ di essere cittadino del seguente stato membro dell’Unione Europea ………………...………..., di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza o provenienza e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana

1. di godere dei diritti civili e politici
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ……………………………….………. ovvero di non essere iscritto/a o di essere stato cancellato/a dalle liste medesime per il seguente motivo: ………………….…………………………………………………………………………….................
3. di non avere condanne penali definitive o provvedimenti definitivi del Tribunale e di non aver procedimenti penali in corso. In caso affermativo specificare quali:………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………..

1. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non essere stato dichiarato decaduto da un impiego statale ai sensi dell’art. 127, 1° comma, lettera d), del T.U. approvato con DPR 3/1957
2. di essere fisicamente idoneo alle mansioni proprie del profilo messo a concorso
3. di possedere il seguente titolo di studio:

…………………………………………………………………… ………………… …………..

(specificare il titolo di studio posseduto) (codice)

conseguito nell’anno accademico….…/..… presso…………………………….……...………………

………………………………………………………… di ………….………………..……………………

con votazione finale……………………………………………………………………………………….

1. di possedere la patente di guida di tipo B (n° ………………… rilasciata da …………………………………………………………. valida fino al ………………………………)
2. di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva (per i cittadini italiani soggetti a tale obbligo)
3. di possedere i seguenti titoli che danno diritto a preferenza di legge ai sensi dei commi 4 e 5 dell’art. 5 del DPR 487/1994:

1. di conoscere la lingua inglese
2. di conoscere l'uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse (word, excel, internet, posta elettronica)
3. di aver preso visione dell’informativa sulla privacy, pubblicata sul sito istituzionale dl Comune di Fagnano Olona
4. di avere preso visione e di accettare integralmente il Bando di Concorso e tutte le condizioni ivi indicate
5. solo per i candidati portatori di handicap (ai sensi dell’art. 20 della legge 104/92):

□ di avere necessità di usufruire del seguente ausilio per sostenere le prove………………………….

□ di avere necessità di tempi aggiuntivi

La comunicazioni riguardanti il concorso dovranno essere inviate al seguente indirizzo (da compilare solo se diverso dalla residenza).

telefono n. …...…………………………… cell. n. ………………………………………………………..

indirizzo e-mail:…………………………………………………………………………………………..…

indirizzo PEC: ………………………………………………………………………………………...…….

**Dichiaro** di allegare in carta libera:

□ copia del documento d’identità (tipo ………………………………. n° …………………………….. data rilascio …………………………………………………………………………………………...…..)

□ EVENTUALI TITOLI che danno diritto a preferenza di legge, quando ad essi sia stato fatto riferimento nella domanda (in carta libera, originale o copia autenticata; qualora trattasi di certificati rilasciati da una pubblica amministrazione o di atti di notorietà, gli stessi sono sostituiti dalle dichiarazioni ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

□ PER I DISABILI: CERTIFICATO di apposita struttura sanitaria che attesti la necessità di usufruire dei benefici di cui all’art. 20, comma 2, Legge 104/1992 rilasciato da ………………………………. .. in data ……………………………………………………………………………………………………...

**Dichiaro**, inoltre, di allegare i seguenti titoli (facoltativo):

Data ……………………………..

**FIRMA**

(non autenticata)