



ISTITUTO BON BOZZOLLA

ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

AVVISO PER I CANDIDATI “AMMESSI CON RISERVA”

In relazione al concorso pubblico per soli esami per la copertura di n. **10 posti**, a tempo pieno ed indeterminato, di **Operatore socio sanitario** - Categoria B - Posizione economia B01 - C.C.N.L. Comparto Funzioni Locali, indetto con determina del Segretario Direttore n. 255 del 15/10/2020

SI COMUNICA

che:

- A. **i candidati ammessi con riserva** a seguito della verifica della **mancata dichiarazione di uno o più requisiti** per la partecipazione al concorso, **dovranno procedere all'integrazione della domanda** su modulo di dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato alla presente comunicazione), indicato per ciascuno dei punti mancanti il proprio *status*;

Il documento, datato e firmato, potrà essere inviato via e-mail all'indirizzo: personale@bonbozzolla.it oppure portato in originale il giorno 15 marzo 2021 all'atto della registrazione;

Si raccomanda di **allegare sempre copia del documento d'identità**;

Nel caso di invio a mezzo posta elettronica, dovrà essere assicurata la leggibilità del documento scansionato che **dovrà avere formato PDF**;

- B. **i candidati ammessi con riserva** perché richiesto di **integrare il titolo di OSS** dovranno:
- 1) far pervenire all'ente il **titolo di studio completo anche dell'indicazione delle ore complessive di formazione**, non inferiori a 1000;
 - 2) *se in possesso di più titoli*, dovranno **far pervenire tutti i titoli di studio da cui risulti un monte ore complessivo di formazione non inferiore a 1000**;

La documentazione potrà essere inviata via e-mail all'indirizzo: personale@bonbozzolla.it.

Nel caso di invio a mezzo posta elettronica, dovrà essere assicurata la leggibilità del documento scansionato che **dovrà avere formato PDF**;

Oppure potrà presentare la documentazione richiesta in copia conforme il giorno 15 marzo 2021 all'atto della registrazione.



ISTITUTO BON BOZZOLLA

ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

All'ISTITUTO BON BOZZOLLA
Via E.F. Cardani n. 1/a
31010 FARRA DI SOLIGO (TV)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (provincia) _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

In relazione alla domanda di concorso a n. 10 posti di operatore socio sanitario bandito con determinazione del Segretario Direttore n. 255 del 15/10/2020, già presentata;

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

(Barrare le dichiarazioni che interessano)

3.1 di essere cittadino italiano;

3.2 se cittadino di uno stato della UE diverso dall'Italia, dichiarare inoltre:

➤ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o provenienza;

➤ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

se cittadino extracomunitario, dichiarare il titolo che dà diritto alla partecipazione, ai sensi della Legge 06/08/2013, n. 97 e, inoltre:

➤ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o provenienza;

➤ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

4.1 di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ Prov. _____

4.2 ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi:

5.1 di non aver subito condanne penali;

5.2 e di non avere in corso procedimenti penali;

5.3 ovvero di aver subito le seguenti condanne penali: _____

5.4 di avere i seguenti procedimenti penali in corso: _____

6.1 di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per giusta causa o giustificato motivo soggettivo;



ISTITUTO BON BOZZOLLA

ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA

7.1 (*solo per i maschi*) di avere la seguente posizione nei confronti degli obblighi militari:

- di aver già svolto il servizio di leva o servizio sostitutivo;
- di essere esente;

8.1 di essere idoneo al servizio ed esente da difetti od imperfezioni che possano influire sul rendimento dello stesso;

9.1 di essere nella condizione di portatore di handicap che richiede, ai fini del sostenimento delle prove di esame, i seguenti ausili _____

_____ ed i tempi aggiuntivi di _____

10.1 di aver conseguito il titolo di studio _____

In data _____ presso _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si allega copia della carta d'identità.