

DOMANDA (da compilare a macchina o in stampatello)

RISERVATO ALL'UFFICIO CONCORSI

PROT. N. 3° - 05/10/18/2

ISTR\_AMM\_DIS

Riservato al Protocollo Generale

**SELEZIONE PUBBLICA PER SOLI ESAMI PER IL CONFERIMENTO DI 5 POSTI DI ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO - CAT. C - A TEMPO INDETERMINATO, RISERVATA AI LAVORATORI DISABILI, AI SENSI DELLA LEGGE 12 MARZO 1999 N. 68**

Al Comune di Trieste

IL CANDIDATO RENDE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART.46 DEL D.P.R. 445/2000, NONCHÉ DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ AI SENSI DELL'ART. 47 DELLA MEDESIMA LEGGE, ESSENDO A CONOSCENZA, COME RICHIAMATO DAGLI ARTT. 75 E 76 DELLA STESSA LEGGE, CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITÀ IN ATTI E L'USO DI ATTI FALSI SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DA LEGGI SPECIALI IN MATERIA, OLTRE CHE CON LA DECADENZA DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso alla selezione sopra citata e a tal fine dichiara quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME DA CONIUGATA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ sesso: [ M ] [ F ]

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (A) \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_

RECAPITO presso cui indirizzare le comunicazioni relative alla selezione:

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N. CIVICO \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO (ovvero per i membri dell'U.E. indicare lo Stato di appartenenza \_\_\_\_\_ )
- DI POSSEDERE UN'ADEGUATA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA (se cittadino U.E. non italiano)
- DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_
- DI GODERE DEI DIRITTI POLITICI E CIVILI ANCHE NEGLI STATI DI APPARTENENZA O DI PROVENIENZA (per i soli cittadini della U.E.)
- DI TROVARSI IN POSIZIONE REGOLARE RISPETTO AGLI OBBLIGHI DI LEVA
- DI NON ESSERE STATO DESTITUITO, DISPENSATO, DICHIARATO DECADUTO O LICENZIATO DAL SERVIZIO PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI O COLLOCATO A RIPOSO AI SENSI DELLA L. 336/70 (B) \_\_\_\_\_

• DI AVERE RIPORTATO LE SEGUENTI CONDANNE PENALI O PROVVEDIMENTI DEFINITIVI DI MISURE DI PREVENZIONE O DI AVERE A PROPRIO CARICO PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI PRESSO L'AUTORITA' GIUDIZIARIA DI QUALSIASI GRADO, ITALIANA OD ESTERA, ANCHE NEL CASO DI APPLICAZIONE DELLA PENA SU RICHIESTA, SOSPENSIONE CONDIZIONALE, NON MENZIONE, AMNISTIA, CONDONO, INDULTO O PERDONO GIUDIZIALE (c) \_\_\_\_\_

• DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE **DIPLOMA DI MATURITA'** (indicare chiaramente gli estremi dello stesso – PER CHIAREZZA SI CONSIGLIA DI ALLEGARE FOTOCOPIA SEMPLICE DEL TITOLO DI STUDIO DICHIARATO) (D):

Esplicitare l'esatto nominativo del diploma \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

• DI ESSERE ISCRITTO o DI ESSERE STATO ISCRITTO ALLO SPORTELLO DEL LAVORO – **COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO** (PER CHIAREZZA SI CONSIGLIA DI ALLEGARE FOTOCOPIA SEMPLICE DELL'ISCRIZIONE) (E)

DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

estremi dell'iscrizione \_\_\_\_\_

OVVERO

• DI ESSERE IN POSSESSO DEI **REQUISITI RICHIESTI PER L'ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI** DEI DISABILI DI CUI ALL'ART. 8 DELLA LEGGE N. 68/99 E DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' ATTESTANTE L'APPARTENENZA AD UNA DELLE SEGUENTI CATEGORIE (F):

- INVALIDI CIVILI (L. 68/99 ART. 1, COMMA 1 LETTERA A)
- INVALIDI DEL LAVORO (L. 68/99 ART. 1, COMMA 1 LETTERA B)
- INVALIDI PER SERVIZIO (L. 68/99 ART. 1, COMMA 1 LETTERA D)

• DI POSSEDERE I SEGUENTI **TITOLI DI PREFERENZA** (i titoli non dichiarati non saranno presi in considerazione) (G)

• DI VOLER SOSTENERE IL COLLOQUIO NELLA SEGUENTE LINGUA STRANIERA:

- INGLESE
- FRANCESE
- TEDESCO

• CHE LE COPIE SEMPLICI ALLEGATE ALLA PRESENTE DOMANDA, RELATIVE AI TITOLI DICHIARATI, AI SENSI DELL'ART.

19 DEL D.P.R. 445/2000, SONO CONFORMI AGLI ORIGINALI IN SUO POSSESSO.

**RICHIESTA AUSILI – TEMPI AGGIUNTIVI:**

indicare in maniera precisa il tipo di handicap, gli ausili necessari, nonché l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi (**ALLEGARE IL CERTIFICATO MEDICO**): (H)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Il candidato autorizza l'Amministrazione comunale di Trieste a comunicare il proprio nominativo ad altre pubbliche amministrazioni che chiedano di utilizzare la graduatoria di merito per eventuali assunzioni di personale a tempo determinato**

**(SI)**

**(NO)**

**Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, caso fortuito o forza maggiore.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ (1)

## **NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA:**

- a) indicare l'indirizzo di **residenza**, se diverso da quello ove recapitare le comunicazioni relative alla selezione;
- b) indicare le eventuali cause di **destituzione, dispensa, licenziamento** dal servizio nella Pubblica Amministrazione o i motivi per i quali il candidato è stato dichiarato decaduto o l'eventuale decorrenza del collocamento a riposo ai sensi della L.336/70;
- c) a tutela del candidato, i **dati sensibili** possono essere inseriti in busta chiusa allegata alla domanda di partecipazione;
- d) indicare il **titolo di studio posseduto**, esplicitando l'esatto nominativo dello stesso e gli estremi del conseguimento. PER CHIAREZZA SI CONSIGLIA COMUNQUE DI ALLEGARE FOTOCOPIA SEMPLICE DEL TITOLO DI STUDIO DICHIARATO;
- e) indicare gli estremi dell'**iscrizione allo Sportello del Lavoro – Collocamento Obbligatorio** (Provincia, numero e data dell'iscrizione). PER CHIAREZZA SI CONSIGLIA COMUNQUE DI ALLEGARE FOTOCOPIA SEMPLICE DELL'ISCRIZIONE;
- f) si fa riferimento alla **condizione di disabilità** di cui all'art. 1 della legge 68/99 che dia diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili attestata, ai sensi dell'art. 1 comma 4 della L. 68/99, dalla certificazione rilasciata dalla competente Commissione Sanitaria istituita nell'Azienda Sanitaria di residenza. La predetta certificazione, denominata Verbale di accertamento della condizione di disabilità o Relazione Conclusiva sulla diagnosi funzionale della persona disabile ai sensi della citata legge 68/99, dovrà essere prodotta dai candidati in copia autenticata a pena d'esclusione; i candidati potranno altresì produrre, a loro discrezione, l'originale della predetta certificazione. Si considera copia autenticata quella rilasciata dalla Commissione stessa in conformità all'originale, di cui agli artt. 19 e 47 del DPR 445/2000, sottoscritta dai candidati con allegata copia del documento d'identità. Si precisa altresì che i candidati, trattandosi di certificazione sanitaria, non possono documentare, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 49 del DPR 445/2000, il possesso della condizione di disabilità tramite autocertificazione.
- g) i titoli che danno diritto a **preferenza** a parità di merito sono quelli indicati dall'art. 7 dell'avviso di selezione. Il candidato deve compiutamente indicare tutti i titoli di preferenza di cui intende avvalersi (compresa l'indicazione di aver prestato servizio per almeno un anno presso il Comune di Trieste), altrimenti gli stessi non saranno presi in considerazione. Si ricorda di indicare, per quanto riguarda la preferenza relativa ai figli, il numero di figli e, per quanto riguarda il lodevole servizio nelle Amministrazioni pubbliche, l'Ente e la durata del servizio prestato;
- h) **AUSILI – TEMPI AGGIUNTIVI:** allegare certificazione medica che specifichi gli elementi essenziali per godere dei benefici concessi dalla legge. In caso di mancata presentazione di detta certificazione l'Amministrazione provvederà in modo autonomo ad individuare la modalità più opportuna a garantire il corretto svolgimento della prova.
- i) in applicazione dell'art. 3, comma 5, della Legge 127/97, la **firma** del candidato non deve essere più autenticata. Qualora, per cause fisiche, il candidato sia impossibilitato alla sottoscrizione della domanda, è sufficiente che alleghi alla stessa una certificazione medica da cui risulti la motivazione della mancata firma.

Si ricorda che l'omissione della sottoscrizione (nome e cognome) o la mancata indicazione delle generalità e dell'indirizzo al quale trasmettere le comunicazioni comporta l'esclusione dalla procedura selettiva.

## **INDICAZIONI SUGLI ALLEGATI**

**E' OBBLIGATORIO** allegare alla domanda:

fotocopia semplice di un **VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** (carta d'identità, patente...)

certificazione attestante la **CONDIZIONE DI DISABILITA'** (Verbale di accertamento della condizione di disabilità o Relazione Conclusiva sulla diagnosi funzionale della persona disabile)

**CERTIFICATO MEDICO PER AUSILI E MANCANZA FIRMA**

**E' CONSIGLIATO** allegare alla domanda la fotocopia semplice del TITOLO DI STUDIO dichiarato, dell'ISCRIZIONE AL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO e dei TITOLI DI PREFERENZA di cui ci si vuole avvalere.