

- di essere celibe; nubile; coniugato/a; divorziato/a; separato/a; vedovo/a
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso della **cittadinanza** _____;

Riservato ai cittadini NON ITALIANI (vedi avviso):

- di godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

SI NO (barrare la casella)

ovvero non goderne per i seguenti motivi: _____

- essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;
- avere adeguata conoscenza della lingua italiana SI NO (barrare la casella)

Solamente per i cittadini non UE - essere titolare di:

- diritto di soggiorno
- diritto di soggiorno permanente
- permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo
- status di rifugiato
- status di protezione sussidiaria

di essere iscritto/a nelle **liste elettorali** del Comune di _____ ovvero non essere iscritto/a o essere stato cancellato/a dalle stesse per i seguenti motivi:

_____;

- di non essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;
- di essere stato/a destituito/a o decaduto/a dall'impiego presso pubbliche Amministrazioni;
- che la propria famiglia è così composta:

COGNOME	NOME	NATO IL	LUOGO DI NASCITA	RAPP. PARENTELA CON IL DICHIARANTE
				RICHIEDENTE

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

a) **LAUREA TRIENNALE IN FISIOTERAPIA** conseguita in data _____ presso _____

oppure

b) **DIPLOMA UNIVERSITARIO DI FISIOTERAPISTA DI CUI ALL'ART. 2 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ 14.09.1994, N. 741** conseguito in data _____ presso _____

oppure

c) **ALTRO TITOLO EQUIPOLLENTE A TERMINI DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA DI DATA 27.07.2000**

conseguito in data _____ presso _____

oppure

d) **DIPLOMA UNIVERSITARIO DI FISIOTERAPISTA DI CUI ALL'ART. 2 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ** conseguito in data _____ presso _____

e) **ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE ISTITUITO AI SENSI DEL D.M. 13/03/2018** – n. iscrizione _____ sede di _____

Titolo conseguito all'estero

(nel caso titolo conseguito all'estero, allego il titolo di studio medesimo tradotto e autenticato dalla competente rappresentanza consolare o diplomatica italiana, o copia conforme all'originale dello stesso, con l'indicazione dell'avvenuta equipollenza con quello italiano con Decreto del Ministero della Salute);

di essere in possesso del titolo di _____ conseguito nello Stato di _____ in data _____, dichiarato equipollente al titolo richiesto di _____, con provvedimento di data _____ rilasciato da _____;

di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate e/o i procedimenti penali in corso)

di aver provveduto al pagamento della tassa di concorso di € 25,00=;

per i candidati di sesso maschile: di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva:

congedato; congedato dal servizio sostitutivo; richiamato; riformato;

esonerato; rivedibile; rinviato;

di essere fisicamente idoneo all'impiego con esenzione da difetti che possano influire sul rendimento in servizio;

di rientrare tra i soggetti di cui all'articolo 3 della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 e richiedere, per l'espletamento delle prove d'esame, eventuali ausili in relazione all'handicap e/o l'eventuale necessità di tempi aggiuntivi;

SI

NO

Se Si specificare quali _____

di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:

Datore di lavoro	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tempo det/indeter.	Orario sett.le ¹	Figura prof.le	Causa risoluzione rapporto di lavoro

di avere titolo di preferenza o precedenza o l'appartenenza a categorie riservate per il seguente motivo:

¹ A tempo pieno/parziale con indicazione, in quest'ultimo caso, del numero di ore settimanali svolte e del numero di ore settimanali previste per il tempo pieno.

Il/La sottoscritto/a chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e nome (*) _____

Residente in _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Numero telefonico (**) _____ / _____ Altro numero telefonico _____ / _____

e-mail _____

eventuale indirizzo PEC _____

N.B.

* per le donne indicare anche l'eventuale cognome da coniugata

** indicare comunque un recapito telefonico, anche presso persone terze

ALLEGATI

<input type="checkbox"/>	Ricevuta comprovante il pagamento della tassa di concorso a mezzo portale "PagoPa"
<input type="checkbox"/>	Fotocopia documento di identità in corso di validità
<input type="checkbox"/>	in originale/in copia, della quale si dichiara la conformità all'originale, del titolo di studio in possesso
<input type="checkbox"/>	in originale/in copia, della quale si dichiara la conformità all'originale, dell'iscrizione all'Albo professionale

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui al bando di concorso e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità

L'incaricato al ricevimento

Storo, _____
