

FAC SIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE  
(IN CARTA LIBERA)

Al Comune di Civitavecchia  
Servizio 9 Organizzazione e gestione risorse umane  
P.le Guglielmotti,7  
00053 Civitavecchia (RM)

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il.....  
a.....(prov.....), residente a..... in  
via/piazza..... n..... C.F.....Telef. N.....,

CHIEDE

di essere ammesso/ammessa a partecipare alla selezione per la copertura di n. 1 posto di  
“esecutore amministrativo” (cat B – posiz. Economica B1) a tempo indeterminato, riservata ai  
soggetti appartenenti alla categoria degli orfani e coniuge superstite di coloro che siano morti per  
fatto di lavoro ovvero siano deceduti a causa dell’aggravarsi delle mutilazioni e/o infermità che  
hanno dato luogo a trattamento di rendita da infortunio sul lavoro, di cui all’art. 18 della legge  
12/3/99 n. 68

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle responsabilità penali cui va  
incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato  
D.P.R. 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato  
D.P.R. sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere (barrare la casella che interessa)
  - Disoccupato e iscritto al centro per l’impiego sezione collocamento obbligatorio ex articolo 18, legge n. 68/99 territorialmente competente;
  - Occupato (specificare l’eventuale esistenza di un rapporto di lavoro autonomo o subordinato in atto)
- Di essere iscritto nell’elenco provinciale dei lavoratori appartenenti alla categoria degli orfani o coniuge superstite di coloro che sono deceduti per fatto di lavoro, aventi diritto al collocamento obbligatorio ai sensi dell’art. 18 della legge 12/3/99 n. 68 ;
- Di essere in possesso del titolo di studio..... conseguito presso la Scuola.....nell’anno scolastico ..... con la seguente votazione.....;
- Di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero essere soggetto appartenente all’Unione Europea, fatte salve le eccezioni di cui al DPCM 7/2/94;
- Di godere dei diritti politici;
- Di essere, nei riguardi del servizio militare, nella seguente posizione.....(per i soli concorrenti di sesso maschile);
- Di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (in caso contrario: indicare le condanne riportate e la data della sentenza dell’autorità giudiziaria che ha irrogato le stesse; indicare anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale o non menzione; indicare i procedimenti penali pendenti);

- Di non essere stato licenziato per motivi disciplinari, destituito o dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per persistente, insufficiente rendimento o essere stato dichiarato decaduto da un pubblico impiego ai sensi dell'art. 127, comma 1 lett. d) del DPR 3/57 per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
  - Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di....., ovvero i motivi della non iscrizione o cancellazione dalle stesse;
  - Di essere in possesso dello status di orfano/coniuge superstite di morto per fatto di lavoro ovvero deceduto a causa dell'aggravarsi delle mutilazioni/infermità che hanno dato luogo a trattamento di rendita da infortunio sul lavoro;
  - Che il recapito ( se diverso dalla residenza ) al quale il/ la sottoscritto/a chiede che vengano trasmesse tutte le comunicazioni inerenti il concorso è il seguente:.....  
.....;
- Il / La sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 31/12/96 n. 675, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento delle procedure concorsuali;
  - Il/La sottoscritto/a avendone diritto i sensi dell'art.20 della legge 5/2/92 n. 104 dichiara di aver necessità di ausilio ( specificare quale) e /o richiesta di tempi aggiuntivi per la prova di esame ( in tale caso deve essere allegata la relativa certificazione medica)

ELENCO ALLEGATI:

- Copia fotostatica del documento di riconoscimento munito di fotografia, in corso di validità;
- Certificazione rilasciata dalla A.S.L. di competenza (solo per i portatori di handicap richiedenti i benefici di cui all'art. 20 L. 104/92);
- Certificazione attestante il possesso dello status di orfano/coniuge superstite di morto per fatto di lavoro ovvero deceduto a causa dell'aggravarsi delle mutilazioni/infermità che hanno dato luogo a trattamento di rendita da infortunio sul lavoro;
- Certificazione comprovante l'iscrizione nell'elenco provinciale dei lavoratori appartenenti alla categoria degli orfani o coniuge superstite di coloro che sono deceduti per fatto di lavoro, aventi diritto al collocamento obbligatorio ai sensi dell'art. 18 della legge 12/3/99 n. 68 .

Data

FIRMA \*

-----

\* non è necessario autenticare la firma

