**AVVISO PUBBLICO PERMANENTE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI CANDIDATI PER ASSUNZIONI A TEMPO PIENO E/O PARZIALE A TEMPO INDETERMINATO PER IL PROFILO PROFESSIONALE DI “ASSISTENTE SOCIALE” CATEGORIA GIURIDICA D.1 – CCNL FUNZIONI LOCALI RISERVATO A DIPENDENTI DI ENTI PUBBLICI**

Spett.le

**Azienda Speciale Consortile**

**“Consorzio Desio-Brianza”**

Via Lombardia 59

20832 Desio (MB)

PEC: amministrazione@pec.codebri.mb.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ……………………………………………………………………………… presa visione dell’avviso pubblico di cui all’oggetto

**C H I E D E**

di essere ammesso/a all’elenco di cui in oggetto

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ed ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, quanto segue:

1. Nome e cognome ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. di essere nato/a …………………………………………………………………………………………………… prov. ………………… il ..…/…../……… codice fiscale: …………………………………………………………………………………………………………… di risiedere a …………………………………………………………………………………… prov. ………………… C.A.P ………………… Via / P.zza / Località ………………………………………………………………………………..…………… n. ………………… Numero telefonico fisso …………………………..………………... mobile………………..…………………………………………. Indirizzo e-mail ...………………………………………………………… PEC …………………………………………………………….
3. di essere dipendente, con il profilo professionale di “Assistente Sociale” presso .…………………………………………………………………………………………………………………………………. con contratto a tempo indeterminato stipulato a seguito di idoneità ad un concorso/selezione/avviso pubblico e di avere superato il periodo di prova

DICHIARA INOLTRE:

**(Barrare di seguito la casella che interessa)**

1. di essere cittadino/a italiano/a;

 di essere cittadino/a appartenente ad uno degli Stati membri dell’Unione Europea

 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *indicare lo Stato*) e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

 di essere familiare di cittadino di uno degli Stati membri dell’Unione Europea (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *indicare lo Stato*) non avente la cittadinanza di uno Stato membro e di essere

* titolare del diritto di soggiorno e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
* titolare del diritto di soggiorno permanente e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;

 di essere cittadino/a appartenente a Paesi terzi (extracomunitari) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *indicare il*

 *Paese*) e di essere:

* titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
* titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria e di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana;
1. di possedere una buona conoscenza della lingua italiana (PER I CANDIDATI STRANIERI);
2. di godere dei diritti civili e politici, anche nello Stato di appartenenza o di provenienza;
3. di possedere idoneità fisica necessaria allo svolgimento delle mansioni connesse al posto da ricoprire;
4. di non aver riportato condanne penali che comportino l’interdizione dai pubblici uffici e non aver procedimenti penali in corso;
5. di non essere stato/a licenziato/a, destituito/a, decaduto/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e presso enti pubblici;
6. **di appartenere** o **di non appartenere** (crocettare il caso che ricorre) alle categorie riservatarie di cui agli artt. 1014 e 678 del d.lgs. 66/2010 e all’art. 11 del D.Lgs n. 8 del 28 gennaio 2014.
7. **per i soli candidati di sesso maschile nati entro il 31.12.1985**

 di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

1. **per i candidati portatori di handicap ai sensi della legge 104/1992** (eventuale)

 il sottoscritto richiede i seguenti mezzi di ausilio necessari per lo svolgimento delle prove d’esame:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 il sottoscritto richiede tempi aggiuntivi pari a n. ………………………. minuti per lo svolgimento delle prove della selezione

 il sottoscritto chiede l’ausilio e/o il tempo aggiuntivo sopra indicati, necessari per lo svolgimento della prova d’esame, in relazione al proprio tipo di handicap come di seguito specificato (allegare certificazione sanitaria):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo di Studio | Anno di conseguimento |
|  |  |

1. di essere iscritta all’Albo Professionale delle Assistenti Sociali:

|  |  |
| --- | --- |
| Sezione | N. iscrizione |
|  |  |

1. di possedere una buona conoscenza dell’uso dei sistemi informatici e delle applicazioni informatiche più diffuse;
2. di essere in possesso della patente di guida di tipo B e di essere automunito/a;
3. di accettare, in caso di assunzione, tutte le disposizioni che regolano lo stato giuridico dei dipendenti, ivi comprese quelle previste dal vigente CCNL Funzioni locali;
4. di accettare in toto le condizioni riportate nell’avviso di selezione;
5. di scegliere quali recapiti postale, telefonico e di posta elettronica presso i quali deve, ad ogni effetto, essere fatta qualsiasi comunicazione relativa alla selezione pubblica:

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

1. di autorizzare fin d’ora l’Azienda Speciale Consortile “Consorzio Desio-Brianza” alla raccolta e trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 s.m.i. e del Regolamento UE 679/16.

Si allega:

1. copia documento di identità in corso di validità
2. copia codice fiscale
3. copia del curriculum vitae in formato europeo, datato e firmato
4. Altro (specificare) …………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data …………………………………………… | Firma del candidato |  |