

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PUBBLICA PER ESAMI PER L'ASSUNZIONE DI ASSISTENTI
SOCIALI TEMPO INDETERMINATO - INQUADRAMENTO AREA DEI FUNZIONARI E DELL'ELEVATA
QUALIFICAZIONE - Rif. Avviso n. 1376/2026
[Ex Categoria D – Posizione economica D1]**

Spett.le
Azienda Speciale Consortile
Servizi alla Persona dell'Asolano A.S.P.A.
Largo Anselmo Tommasi n. 18
46042 Castel Goffredo (MN)
PEC: aspa.asola@legalmail.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) presa visione
dell'avviso pubblico

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione pubblica 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:

- a) Nome e cognome
- b) 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
- c) di essere di stato civile

DICHARA INOLTRE:
(Barrare di seguito la casella che interessa)

1. ☐ di essere cittadino/a italiano/a;

ovvero

☐ cittadino/a appartenente allo Statoe di godere dei diritti civili e politici

anche nello stato di appartenenza;

2. di godere dei diritti civili e politici, in quanto iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di;
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. 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):

.....
.....
.....

7. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- ☐ Laurea triennale in "Scienze del Servizio Sociale "
- ☐ Diploma universitario in servizio sociale ai sensi dell'art.2 L.341/1990
- ☐ Altro titolo equipollente ai sensi della normativa vigente

conseguito presso

in data

con votazione

8. ☐ di essere iscritto all'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione
sezione n. decorrenza / /

oppure

9. ☐ di aver superato l'esame di Stato in data e di essere in possesso della ricevuta telematica di pagamento in data della tassa di

prima iscrizione all'Albo professionale degli Assistenti Sociali della Regione (Sezione A o Sezione B) sezione di cui alla L. n. 84/1993;

10. di voler sostenere la prova di lingua straniera(sepcifica la lingua inglese o francese);
11. di essere in possesso della patente di guida di tipo B e di essere automunito/a;
12. 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;
13. di accettare in toto le condizioni riportate nell'avviso di selezione;
14. di prendere atto e dichiarare di:
 - aver letto attentamente e compreso il contenuto dell'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 (GDPR) inserita nel testo del presente avviso di selezione;
 - acconsentire ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE nr. 679/2016 (GDPR) al trattamento dei suoi dati personali ai fini dell'ammissione alla selezione, pena l'esclusione.

Si allega:

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

Firma del candidato

Luogo e data

.....