

Padova, 19 settembre 2012

Prot. n. 2242 – cat. 3 - fasc. 1

## AVVISO DI CONVOCAZIONE

### Oggetto:

Selezione per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel profilo di **ausiliario/a**, 1° livello di cui al CCNL FISM di cui alla graduatoria del Centro per l'Impiego di Padova del 17/09/2012 – **CONVOCAZIONE CANDIDATI**.

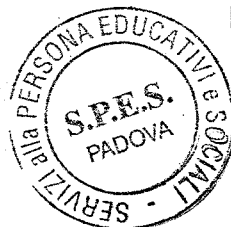
In riferimento alla selezione in oggetto, si informano i candidati presenti nella graduatoria redatta dal CPI di Padova datata 17/09/2012 che le prove selettive si terranno **il giorno mercoledì 26/09/2012** presso la sede amministrativa SPES, in via Ognissanti n. 70 – Padova, come segue:

- dalle ore 14.30 i candidati dal n. 1 al n. 14;
- dalle ore 15.30 i candidati dal n. 15 al n. 28;
- dalle ore 16.30 i candidati dal n. 29 al n. 42
- dalle ore 17.30 i candidati dal n. 43 al n. 54;
- dalle ore 18.30 i candidati dal n. 55 al n. 64.

Si ricorda che i candidati sono tenuti a esibire gli attestati relativi ai titoli richiesti in ordine alle lettere b), c), d), e e) di cui al punto "requisiti richiesti" dell'avviso di selezione per l'accertamento diretto del possesso di tali requisiti, la mancanza anche di uno solo dei quali comporterà la non idoneità agli incarichi da ricoprire.

Questa Amministrazione si riserva inoltre di procedere, per tutti coloro che risulteranno idonei, all'accertamento del possesso dei titoli e requisiti direttamente verificabili tra pubbliche amministrazioni, ai sensi delle norme di legge.

Si allega il modulo da compilare per l'autocertificazione di tutti gli altri dati personali richiesti dall'avviso: tale modulo, debitamente compilato, dovrà essere consegnato alla commissione al momento del colloquio.



Il Direttore Generale  
Dott. Siro Facco

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a .....  
(cognome e nome)

nato/a ..... il .....

recapito telefonico ..... - ..... - .....

e-mail .....

titolare del documento di riconoscimento in corso di validità (tipo) ..... n. ....

rilasciato da ..... in data .....

consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dagli eventuali benefici ottenuti - previste rispettivamente dagli articoli 76 e 75 del D.P.R. n°445/2000 - per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

## dichiara

(inserire le informazioni nelle caselle barrate; oppure barrare le caselle delle informazioni che si intende sostituire con la dichiarazione)

- 1)  di essere nato/a a ..... (.....) il.....
- 2)  di essere residente nel Comune di .....  
cap..... in Via ..... n. ....  
dal ..... (se la dichiarazione viene redatta per cambio di residenza)
- 3)  (se il domicilio è diverso dalla residenza)  
di avere domicilio nel Comune di .....  
cap..... in Via ..... n. ....
- 4)  di essere cittadino/a italiano/a ovvero di nazionalità .....
- 5)  di godere dei diritti civili e politici;
- 6)  di essere di stato civile .....  
(celibe/nubile, coniugato/a, separato/a, divorziato/a, vedovo/a, .....)
- 7)  di essere titolare del codice fiscale .....
- 8)  di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellari giudiziale ai sensi della normativa vigente, ovvero .....
- 9)  di aver lavorato presso la pubblica amministrazione (elencare eventuali Enti):  
..... per n. anni/mesi .....  
..... per n. anni/mesi .....  
..... per n. anni/mesi .....  
..... per n. anni/mesi .....  
(ai fini del computo a qualunque titolo dei periodi di lavoro indicati devono essere allegati i rispettivi certificati di servizio)
- 10)  di non essere sottoposto a procedimenti penali e comunque di non esserne a conoscenza, ovvero .....

11)  di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....
- 6 .....
- 7 .....

12)  che le proprie condizioni psico-fisiche accertate non sono pregiudizievoli per le mansioni per le quali è stato assunto, ovvero: .....

.....

.....

13)  di non essere titolare di invalidità, ovvero:

di essere titolare di invalidità di tipo ..... al .....% per .....

.....

14)  Altro: .....

.....

.....

.....

.....

**Alla presente dichiarazione si allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

..... (data) ..... (firma per esteso e leggibile)

L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare quanto dichiarato nei tempi e modalità previste dalla legge e dal Regolamento Interno.

accoglierE educare

SPES - Servizi alla Persona Educativi e Sociali  
via Ognissanti, 70 35129 Padova - tel 049 8697777 - fax 049 8697719 - info@spes.pd.it - www.spes.pd.it - P.I. 04068500286

SPES, nuova IPAB - DdRV n. 291 del 29/12/2005 costituita dalla fusione di:  
O.P.A.I. - Opera Padovana Assistenza e Istruzione - S.E.E.E. - Servizi per l'Età Evolutiva e Famiglia