All’Azienda Sociale Comuni Insieme

Piazza IV Novembre, n 2

22074 Lomazzo (CO)

Trasmessa asci@pec.it

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il sottoscritto/a |  | |
| nato/a a |  | il |
| Residente a |  | |
| In via e n. |  | |
| e-mail p.e.c |  | |
| n. telefonico |  | |
| P.IVA |  | |

**CHIEDE**

di essere ammess\_ a partecipare alla **selezione pubblica, per titoli e colloqu**io per l’individuazione di un professionista qualificato a cui conferire l’incarico di consulenza contabile, fiscale e gestione del personale**.**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni mendaci, dall’art. 76 dello stesso decreto:

1. di essere nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere di stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ figli a carico;
3. di essere in possesso della cittadinanza italiana *oppure* di essere in possesso della seguente cittadinanza dell’Unione Europea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *oppure* di essere in possesso della seguente cittadinanza non UE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere in possesso del permesso per soggiornanti di lungo periodo UE (1);
4. di essere iscritt\_ nella liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2) e di godere dei diritti civili e politici *oppure*, essendo cittadino straniero di godere dei diritti civili e politici nello Stato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di essere fisicamente idone\_ allo svolgimento delle mansioni relative al posto di cui trattasi;

*ovvero, per i soggetti di cui alla legge 68/1999* (1)

di appartenere a categoria protetta di cui alla legge n. 68/1999 e di non aver perduto ogni capacità lavorativa e che la natura ed il grado della propria invalidità non è di danno alla salute ed alla incolumità dei compagni di lavoro o alla sicurezza degli impianti;

1. Di essere beneficiario delle agevolazioni previste dalla legge 5.02.1992 n.104 e pertanto di richiedere per l’espletazione delle prove il seguente ausilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di non aver riportato condanne penali (*oppure indicare eventuali condanne*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3);
3. di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall’impiego presso una pubblica amministrazione, ovvero licenziato per persistente insufficiente rendimento o a seguito dell’accertamento che l’impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi o mezzi fraudolenti;
4. di non avere cause di incompatibilità o inconferibilità;
5. di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (corso di studio della durata di anni \_\_\_\_\_\_\_) con la seguente votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere iscritta/o all’Albo degli Dottori Commercialisti al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Di essere in possesso della patente di guida cat. B o superiore conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. Di essere automunita/o;
9. Di avere prestato le seguenti attività di collaborazione e/o consulenza in tema fiscale e/o di contabilità presso pubbliche amministrazioni e aziende private come da allegata tabella 1;
10. Di avere prestato le seguenti attività di docenza in materia fiscale e/o di contabilità come da allegata tabella 2;
11. Di allegare un curriculum vitae formativo e professionale datato e firmato ai fini della valutazione della qualificazione professionale richiesta dall’avviso
12. Di desiderare che tutte le comunicazioni relative al presente concorso siano trasmesse al seguente indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
13. Di allegare la ricevuta del versamento di € 20,00 quale tassa di partecipazione alla selezione;
14. Di accettare incondizionatamente le norme stabilite dalle disposizioni di legge vigenti in materia, ivi comprese quelle inerenti specificatamente all’espletamento dei concorsi, nonché le eventuali modifiche che vi potranno essere apportate, se ed in quanto non in contrasto con disposizioni gerarchicamente sovraordinate.

*Ai sensi e per gli effetti della legge n. 196/2003, e del GDPR 679/2016, con la sottoscrizione della presente domanda, il / la sottoscritt\_ autorizza l’Azienda Sociale Comuni Insieme al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per le finalità e gli adempimenti connessi all’effettuazione del presente concorso, compresa la pubblicazione del proprio nominativo sul sito internet dell’Azienda ed alle conseguenze che dallo stesso potrebbero derivare.*

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firmato digitalmente)

Allegati:

* **fotocopia del documento d’identità dato e firmato**
* **eventuale certificazione sanitaria di cui al punto 6**
* **dichiarazione sostitutiva (Tabella 1)**
* **dichiarazione sostitutiva (Tabella 2)**
* **copia del curriculum vitae**
* **ricevuta del versamento di Euro 20,00**
* **altra documentazione (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE:

1. cancellare se non interessa
2. in caso di non iscrizione, o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, precisarne il motivo
3. in caso contrario, indicare le eventuali condanne riportate, la data del provvedimento e l’autorità che lo ha emesso

**Tabella 1**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai fini della **selezione pubblica, per titoli e colloquio per l’individuazione di un professionista qualificato a cui conferire l’incarico di consulenza contabile, fiscale e gestione del personal**eai sensi degli artt. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 76 del medesimo D.P.R dichiara di avere prestato attività di collaborazione e/o consulenza in tema fiscale e/o di contabilità presso pubbliche amministrazioni e aziende private, come da tabella che segue.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente** | **Data inizio** | **Data fine** | **Tipologia rapporto di collaborazione** | **Ruolo ricoperto** | **Eventuale causa di risoluzione anticipata** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firmato digitalmente*

*da compilare in più esemplari in caso di esperienze di numero maggiore*

**Tabella 2**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai fini della della **selezione pubblica, per titoli e colloquio per l’individuazione di un professionista qualificato a cui conferire l’incarico di consulenza contabile, fiscale e gestione del personal**eai sensi degli artt. 46 E 47 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445, cosciente delle responsabilità anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 76 del medesimo D.P.R dichiara di avere svolto attività di docenza in materia fiscale e/o di contabilità:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente Organizzatore** | **Argomenti** | **Anno di svolgimento** | **Durata** | |
| **(periodo dal – al)** | **Numero ore complessive** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firmato digitalmente*

*da compilare in più esemplari in caso di esperienze di numero maggiore*