

**MODELLO DI
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE**

resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

di essere nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov) (data)

di essere residente a _____ (_____)
(luogo) (prov)

In via/piazza _____ nr. _____
(indirizzo)

di prestare servizio presso _____
(denominazione e luogo dell'ufficio, istituto, servizio penitenziario sede di assegnazione)

di essere nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov) (data)

nel profilo professionale di _____
(qualifica e posizione economica posseduta)

CHIEDE

di essere trasferito/a nelle seguenti sedi poste ad interpello:

1) _____
2) _____
3) _____

Data _____



IL DICHIARANTE



*N.B. I certificati medici e la documentazione sanitaria rilasciata dalla P.A. dovrà essere prodotta esclusivamente in copia sulla quale va apposta a firma dell'interessato la dicitura: "copia conforme all'originale in mio possesso".

L'Amministrazione si riserva di procedere a idonei controlli sui documenti prodotti e sulla veridicità delle dichiarazioni. Chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici conseguiti e subisce sanzioni penali. Chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

IL DICHIARANTE

[Handwritten signature]

MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

allega alla domanda i seguenti documenti (Art. 12 dell'Accordo di mobilità sottoscritto il _____ e successive integrazioni e modificazioni):

a)	_____;
b)	_____;
c)	_____;
d)	_____;
e)	_____;
f)	_____;
g)	_____;
h)	_____;
i)	_____;

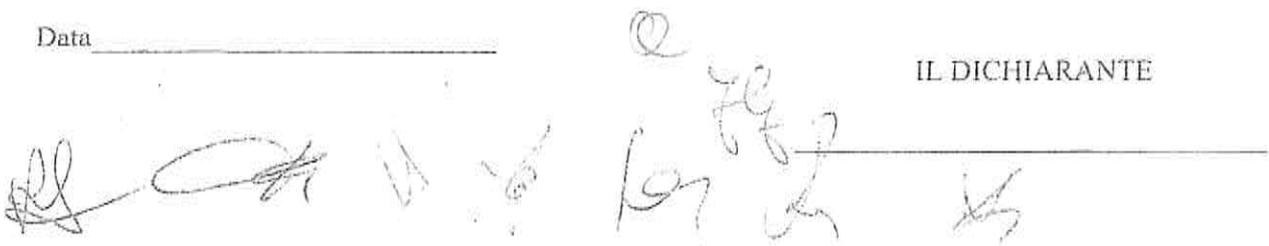
*N.B. I certificati rilasciati da P.A. attestanti ordini, stati e qualità personali, possono essere sostituiti da atti sostitutivi di certificazione o da atti di notorietà, oppure prodotti in copia sulla quale va apposta a firma dell'interessato la dicitura "copia conforme all'originale in mio possesso". I certificati medici e la documentazione sanitaria rilasciata dalla P.A., invece, dovrà essere prodotta esclusivamente in copia sulla quale va apposta a firma dell'interessato la dicitura: "copia conforme all'originale in mio possesso".

L'Amministrazione si riserva di procedere a idonei controlli sui documenti prodotti e sulla veridicità delle dichiarazioni. Chi rilascia una dichiarazione falsa, anche in parte, perde i benefici conseguiti e subisce sanzioni penali. Chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

(Allegare fotocopia del documento di identità del firmatario)

Data _____

IL DICHIARANTE



**MODELLO DI
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE**

Resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai fini della collocazione nella graduatoria degli aspiranti alla predetta sede, dichiara - altresì - di trovarsi nelle seguenti condizioni personali e familiari:

- di essere persona portatore di handicap con grado di invalidità superiore ai due terzi o con minorazioni iscritte alle categorie prima, seconda e terza della tabella A annessa alla legge 10.08.1950 n. 648, ai sensi dell'art. 21 della L. 104/92 e di trovarsi, quindi, nelle condizioni di cui al comma 2 del medesimo articolo;

- di trovarsi nella necessità di assistere un "familiare diretto" con handicap*:

• _____ nato/a il _____
(cognome) (nome)

tipo di parentela diretta: _____
(genitore, coniuge/convivente, figlio, fratello o sorella)

• _____ nato/a il _____
(cognome) (nome)

tipo di parentela diretta: _____
(genitore, coniuge/convivente, figlio, fratello o sorella)

• _____ nato/a il _____
(cognome) (nome)

tipo di parentela diretta: _____
(genitore, coniuge/convivente, figlio, fratello o sorella)

- di aver diritto ad ulteriore punteggio perché trovasi nelle condizioni di cui all'art. 9 dell'accordo di mobilità per i seguenti documenti motivati: _____

- di aver diritto ad ulteriore punteggio perché trovasi nelle condizioni di cui all'art. 10 e 11 dell'accordo di mobilità per i seguenti documentati motivi:

Handwritten signatures and initials:
A large signature on the left side.
Below it, several smaller initials and signatures, including one that looks like "AP" and another "be".

Handwritten mark:
A handwritten mark or signature on the right side, possibly a date or a specific identifier.

**MODELLO DI
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE**

resa ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai fini della collocazione nella graduatoria degli aspiranti alla predetta sede, dichiara - altresì - di trovarsi nelle seguenti condizioni personali e familiari:

- di essere in servizio presso il Ministero della Giustizia _____;
(data decorrenza economica prima immissione in ruolo)
- di aver prestato servizio presso altra pubblica Amministrazione diversa da quella della Giustizia _____;
(specificare periodo)
- di essere in posizione di distacco presso l'Ufficio _____;
(data decorrenza distacco)
- di essere in posizione di distacco parziale presso l'Ufficio _____ per
giorni _____;
- che il proprio nucleo familiare, è residente nel Comune di _____ (_____) (_____) (prov)
in via/piazza _____ nr. _____, è composta da:
 - coniuge o convivente _____ (cognome) _____ (nome)
 - figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) nato/a il _____
 - figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) nato/a il _____
 - figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) nato/a il _____
 - figlio/a _____ (cognome) _____ (nome) nato/a il _____

Data _____

IL DICHIARANTE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]