

# 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)	_____;

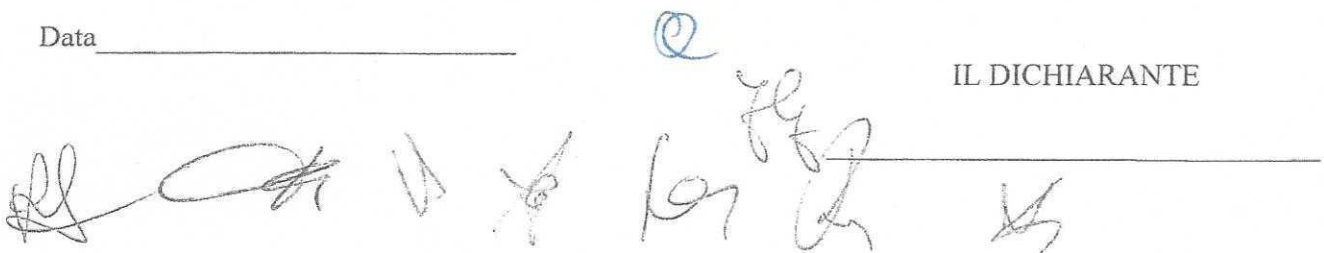
\*N.B. I certificati rilasciati da P.A. attestanti ordini, stati e qualità personali, possono essere sostituiti da atti sostitutivi di certificazione o da atti di notorietà, oppure prodotti in copia sulla quale va apposta a firma dell'interessato la dicitura "copia conforme all'originale in mio possesso".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

A series of handwritten signatures and initials in black ink, including a large stylized signature on the left, several smaller initials, and a signature that appears to be 'Lor' followed by other marks.

**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 signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

**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 \_\_\_\_\_ ( )  
(luogo) (prov)

in via/piazza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, è composta da:

- coniuge o convivente \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)
- figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)
- figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)
- figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)
- figlio/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

*Handwritten signatures and initials:*  
R. C. d. b. g. f. g. b.

*Handwritten signature:*

**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)

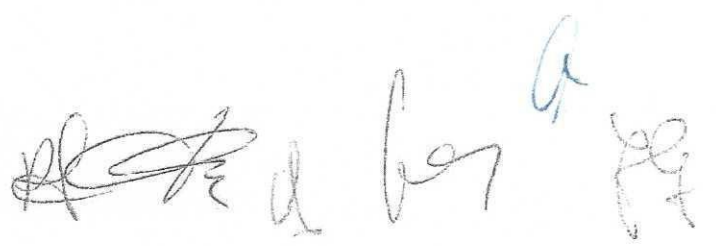
nel profilo professionale di \_\_\_\_\_  
(qualifica e posizione economica posseduta)

**CHIEDE**

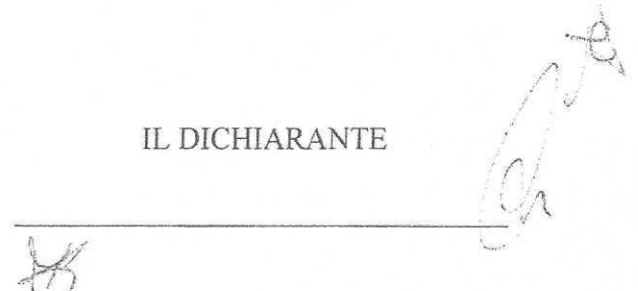
di essere trasferito/a nelle seguenti sedi poste ad interpello:

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  
\_\_\_\_\_

