

QUALORA INTERESSATO ALLA MISURA ABITATIVA AGEVOLATA E IN POSSESSO DEI REQUISITI IL/LA CANDIDATO/A DOVRÀ STAMPARE, COMPILARE, SOTTOSCRIVERE E ALLEGARE LA PRESENTE DICHIARAZIONE IN SEDE DI COMPILAZIONE E PRESENTAZIONE ONLINE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE SUL PORTALE DEL RECLUTAMENTO "inPA"

DICHIARAZIONE DI INTERESSE ALLA MISURA AGEVOLATIVA TEMPORANEA A FAVORE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO di ASP Città di Bologna (Istanza alloggio agevolato) allegata alla Domanda di Partecipazione alla Selezione pubblica, per soli esami, per la copertura a tempo pieno e indeterminato di n. 3 posti di Infermiere - Area dei Funzionari e dell'Elevata Qualificazione - CCNL Funzioni Locali, da assegnare presso l'Area Anziani di ASP Città di Bologna - Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, con riserva di n°1 posto a favore dei Volontari delle FF.AA. (Codice concorso: INF26)

Il/la sottoscritto/a:

Nome: ; Cognome:

Nato/a: CAP: Prov: il:

Residente in Comune di CAP: Prov:

C.F.:

PEC:.....

E-mail:

Tel/Cell.: 1)..... ; 2).....

quale Infermiere/a *Candidato/a* alla procedura di *Selezione Pubblica* indetta da ASP CITTÀ DI BOLOGNA e di cui al relativo Avviso indicato in intestazione, con la presente:

- ☒ presa integrale visione dell'Avviso di *Selezione Pubblica* di cui in intestazione;
- ☒ dato atto di essere quindi a conoscenza della misura agevolativa di cui al punto **"AGEVOLAZIONI ALLOGGIO PER I C.D. "FUORI SEDE"** del predetto Avviso di *selezione pubblica* e alla *Scheda Informativa* allegata al predetto Avviso;
- ☒ dato altresì atto di aver letto e compreso integralmente i contenuti relativi alla *Scheda Informativa* dell'Avviso di *selezione pubblica*, avente a oggetto la predetta misura agevolativa;
- ☒ edotto/a quindi dei requisiti necessari per l'accesso alla misura agevolativa di ASP CITTÀ DI BOLOGNA per l'assegnazione al personale infermieristico di posto letto in regime transitorio presso immobili facenti parte del patrimonio aziendale, come dettagliato nella predetta *Scheda Informativa*, alle condizioni e secondo le modalità ivi indicate;
- ☒ conseguentemente consapevole dell'oggetto e contenuti di cui *Contratto di locazione abitativa a natura transitoria* previsto dalla misura agevolativa, come descritti nella predetta *Scheda Informativa*;

- ☒ altresì edotto delle modalità di assegnazione degli alloggi secondo i criteri di priorità e disponibilità descritti nella predetta *Scheda Informativa*;
- ☒ consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di rilascio di dichiarazioni e attestazioni mendaci, con particolare riguardo a quanto previsto dal D.P.R. n. 445 del 2000 e ss.mm.ii.
- ☒ ai sensi e per gli effetti tutti di legge;

con la presente

DICHIARA

- ☒ di essere interessato ad accedere alla misura agevolativa di ASP CITTÀ DI BOLOGNA per l'assegnazione al personale infermieristico di posto letto in regime transitorio tramite sottoscrizione di *Contratto di locazione abitativa a natura transitoria* e secondo i previsti criteri di priorità e disponibilità e nella seguente modalità:
 - ☒ posto letto (€.250,00= mensili + deposito cauzionale €.250,00=);

e conseguentemente altresì

DICHIARA

- ☒ di possedere requisiti richiesti per l'accesso alla predetta misura agevolativa e quindi:
 - ☒ di non essere residente in uno dei Comuni appartenenti alla Città Metropolitana di Bologna;
 - ☒ di non essere titolare di diritti di proprietà su immobili siti in uno dei Comuni appartenenti alla Città Metropolitana di Bologna;
 - ☒ di non essere titolare di alcun diritto reale su immobili siti in uno dei Comuni appartenenti alla Città Metropolitana di Bologna;

e pertanto, ai fini di presentazione della sottesa istanza

ALLEGA

la presente richiesta, debitamente compilata, datata e sottoscritta, alla *Domanda di Partecipazione alla Selezione Pubblica* di cui in intestazione tramite caricamento/upload della stessa nella pagina dedicata, nell'apposita sezione, sul Portale del reclutamento *inPA*.

Contestualmente, presa visione dell'Informativa di cui all'art. 13 del Reg. U.E. 679/2016 ("GDPR") consultata e consultabile sul sito aziendale nella sezione dedicata e quindi debitamente informato

RILASCIA ESPRESSO CONSENSO E AUTORIZZA

l'Azienda, ai sensi e per gli effetti di cui al predetto *GDPR* e normativa applicabile in materia, al trattamento dei propri dati personali, ai fini di cui alla presente dichiarazione d'interesse e obblighi, oneri e adempimenti tutti connessi e conseguenti.

Luogo: Data:

F.to il/la Richiedente *Infermiere/a* (Candidato/a alla procedura di Selezione pubblica di cui in intestazione)

.....