

Spett. le Servizio 10°
Ispettorato Ripart.le delle Foreste
di Catania

ISTANZA PER INDIVIDUAZIONE DEGLI ADDETTI ANTINCENDIO DA ADIBIRE IN PROVA ALLA MANSIONE DI
CAPO SQUADRA A.I.B

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ E POSSESSO DI REQUISITI E PRIORITÀ

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà rilasciata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____

_____ (_____) il ____/____/____ Cod. Fisc. _____

residente a _____ in Via _____, consapevole delle
responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti
dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

di essere inserito nella graduatoria forestale ex art. 12 della L.R. 9/2013 e di prestare servizio presso il

- Distaccamento Forestale di _____ nel Distretto Forestale N° ____ e di appartenere al
contingente di garanzia occupazionale (101/151) _____ al n. _____

Di essere in possesso della qualifica ASPI (altro _____) e inserito nel contingente antincendio con la
medesima mansione.

- Di avere preso visione ed essere consapevole del contenuto del mansionario Capo Squadra AIB
(qualifica introdotta con la sottoscrizione del nuovo CIRL del 9 agosto 2018), così come approvato
nella contrattazione sindacale del 17 giugno 2019;
- Di essere consapevole del fatto che, qualora venisse conseguita la qualifica, dovrà ritenersi
obbligato alla frequenza di apposito corso di formazione organizzato dall'Amministrazione.

Con la presente,

CHIEDE

di essere sottoposto a verifica per l'affidamento in prova alla mansione di Capo Squadra AIB, consapevole
che il conseguimento della qualifica avverrà esclusivamente al termine del periodo di prova, previa positiva
valutazione del possesso dei requisiti, delle priorità e delle capacità attitudinali, secondo le condizioni
predisposte da Codesto Ufficio, nel rispetto delle indicazioni del superiore Dipartimento e in conformità con le
modalità previste dall'art. 8 del vigente contratto di lavoro (mansioni e cambiamenti di qualifica).

A tal fine, sotto la propria responsabilità e ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci, inoltre

D I C H I A R A
di essere in possesso di essere in possesso dei seguenti requisiti, validi anche
ai fini dell'attribuzione delle priorità.

- ☐ Idoneità fisica alla mansione ASPI di cui alla visita del medico competente del ____/____/____
- ☐ Titolo di studio _____
- ☐ Corso base AIB in data ____/____/____
- ☐ Corso di aggiornamento AIB in data ____/____/____
- ☐ Corso di preposto alla sicurezza frequentato in data ____/____/____
- ☐ Corso di primo soccorso frequentato in data ____/____/____
- ☐ Corso per Capo Squadra AIB frequentato in data ____/____/____
- ☐ Corsi di formazione professionale _____
- ☐ Di avere svolto attività con disposizione di servizio come _____ con ordine
di servizio/nota n. _____ del SIRF di _____ nel periodo dal
_____ al _____
- ☐ Di avere prestato attività lavorativa continuativamente con la qualifica e le mansioni di ASPI
nell'ultimo quinquennio (dall'anno 2020 all'anno 2025)
- ☐ Di **NON** avere prestato attività lavorativa continuativamente con la qualifica e le mansioni di ASPI
nell'ultimo quinquennio (dall'anno 2020 all'anno 2025), per i seguenti e documentati motivi di causa di
forza maggiore riconosciute dalla Legge
- ☐ Di non essere stato oggetto di provvedimenti disciplinari (Assenza di provvedimenti definitivi superiori
al rimprovero verbale)
- ☐ _____
- ☐ _____

Allegare la seguente documentazione:

- a) Copia di un documento d'identità in corso di validità;
b) Codice fiscale;
c) Copia degli attestati in possesso (se disponibili).

Letto, confermato e sottoscritto.

_____, ____/____/2025

Firma leggibile e per esteso

Il sottoscritto dichiara inoltre di autorizzare l'uso dei dati personali e di aver preso visione o essere a conoscenza dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i dati e le informazioni fornite, ai sensi del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (UE) 2016/679 ed autorizza il trattamento dei propri dati personali

Luogo e data _____ Firma _____