

FAC-SIMILE DI DOMANDA

(da compilare in carta semplice, con firma non autenticata ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 29 dicembre 2000, n. 445)

Al
Direttore Generale
ASST Lariana
Via Napoleona 60
22100 COMO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N. _____

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALL'AVVISO N. 0024708 DEL 05.04.2024:

via _____ n. _____

località _____ c.a.p. _____

comune _____ prov. _____

telefono _____ codice fiscale _____

e-mail _____ PEC _____

chiede di essere ammesso all'avviso pubblico prot. 0024708 per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per la formazione di elenchi di infermieri da assegnare ai settori indicati nel bando.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità dichiara:

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;
ovvero di avere la seguente cittadinanza _____;
(N.B.: i cittadini extracomunitari si rinvia ai requisiti di cui all'avviso, da allegare alla domanda)

- DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI _____;
ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi _____;
per i cittadini stranieri:
☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza;
☐ di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

- DI NON AVER, A TUTT'OGGI, RIPORTATO CONDANNE PENALI;
ovvero (specificare condanne penali riportate) _____;

- DI NON AVER PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO;
ovvero (specificare i procedimenti penali in corso) _____;

- DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO OVVERO LICENZIATO DA UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;
ovvero (specificare le cause di risoluzione in caso di destituzione o dispensa) _____;

- DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO: _____
conseguito il _____ presso _____
con il punteggio di _____;

- DI ESSERE TITOLARE DELLA SEGUENTE PARTITA IVA _____;

- DI ESSERE ISCRITTO ALL'ORDINE (OPI) DI _____ POSIZIONE N° _____;
- DI ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI NEI CONFRONTI DELL'ENPAPI _____;
- DI AVER MATURATO ESPERIENZA:
 - ☐ AMBITO: _____;
 - ☐ TOTALE PERIODO: _____
- DI ESSERE IN POSSESSO DI MASTER DI I LIVELLO
 - ☐ SI (specificare quale) _____;
 - ☐ NO
- DI AVER PRESO VISIONE DEL CONTENUTO DEL RELATIVO AVVISO PUBBLICO E DI SOTTOSTARE A TUTTE LE CONDIZIONI IN ESSO STABILITE ED ALLE NORME TUTTE DI LEGGE E DEI REGOLAMENTI INTERNI ED EVENTUALI SUCCESSIVE MODIFICHE DEGLI STESSI;
- DI ESSERE DISPONIBILE (IN TERMINI DI DURATA DEL RAPPORTO, DI TURNI SETTIMANALI) COME SEGUE:
 - N. _____ MESI DURATA DEL RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE;
 - N. _____ TURNI SETTIMANALI
- DI ESPRIMERE LA SEGUENTE PREFERENZA:
 - ☐ RECOVERY ROOM
 - ☐ CURE SUB-ACUTE
 - ☐ PUNTI PRELIEVO

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "particolari", in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e dal Reg. UE 2016/679.

Data, _____

Firma _____

Documentazione da allegare o autocertificare nei modi previsti dalla legge:

- titolo di studio richiesto;
- titolo di studio specifico richiesto;
- iscrizione albo.

Documentazione da allegare:

- Curriculum Vitae in formato europeo, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e con indicazione del consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016);
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità.