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. 0062698 DEL 20.10.2022:
via_____n. _____
località_____ c.a.p. _____
comune _____ prov. _____

telefono_____codice fiscale_____
e-mail_____ PEC_____
chiede di essere ammesso all'avviso pubblico prot. n. 0062698 per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per la formazione di elenchi di infermieri con competenze nell'area emergenza-urgenza, da assegnare alla Recovery Room del Blocco Operatorio.
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'ALBO_____dal_____;
- DI ESSERE IN REGOLA CON I PEGAMENTI NEI CONFRONTI DEL SEGUENTE ENTE PREVIDENZIALE DI APPARTENENZA_____;
- DI AVER MATURATO ESPERIENZA_____;
- 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

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;
- 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.