

Al Direttore

**AZIENDA FELTRINA
per i SERVIZI ALLA PERSONA
S E D E**

Il/la sottoscritto/a Nato/a il

a C.F.

Residente a in via

.....
Tel..... Cell.....E-mail.

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica **per la FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA per assunzioni a tempo indeterminato e/o determinato nel profilo di: INFERMIERE cat. D posizione economica D1**, protocollo n. 00001925 del 05/06/2020.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 D.P.R.445/2000, nonché della decadenza dei benefici prodotti dai provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi dell'art. 75 D.P.R.445/2000

DICHIARA:

- Di aver preso visione dell'avviso di selezione e di accettarne le condizioni;
- Di essere a conoscenza delle modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno le prove;
- Di essere in possesso della laurea in scienze infermieristiche o titolo equipollente;
- Di aver presentato domanda di laurea per le sessioni 2019;
- Di essere iscritto al Ordine delle professioni infermieristiche di _____;
- Di essere cittadino italiano o di altro Stato membro dell'Unione europea;
- Di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Di godere dei diritti politici e civili;
- Di non avere condanne penali o procedimenti penali in corso che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione del rapporto d'impiego con la P.A.;
- Di possedere l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
-

ALLEGA CURRICULUM VITAE E DICHIARAZIONE DEI TITOLI

Chiede altresì di ricevere ogni eventuale comunicazione all'indirizzo mail indicato.

Autorizzo inoltre l'Azienda Feltrina al trattamento dei dati personali forniti per l'esecuzione degli adempimenti relativi alla presente selezione e all'eventuale successivo rapporto di lavoro, ai sensi del Regolamento europeo UE 679/2016 (GDPR).

La firma NON deve essere autenticata.

La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa – debitamente firmata – **con allegata fotocopia di un documento di identità (non autenticata).**

(luogo)

(data)

(firma del dichiarante)

DICHIARAZIONE TITOLI

SELEZIONE infermieri prot. n. 00001925 del 05/06/2020:

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	

FORMAZIONE:

DIPLOMA DI LAUREA:

UNIVERSITA' E DATA CONSEGUIMENTO	
PUNTEGGIO	

CORSO ANTINCENDIO RISCHIO ELEVATO:

DATA CONSEGUIMENTO	
DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO	

ALTRI CORSI DI FORMAZIONE VALUTABILI:

TITOLO DEL CORSO:	DATA	N. ORE

ESPERIENZA PROFESSIONALE IN QUALITA' DI INFERMIERE:

DATORE DI LAVORO	ASSUNZIONE DAL	AL	DURATA (anni, mesi)

data _____

Firma _____