

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 \_\_\_\_\_