

FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

SCAD. DON. > 3.12.11

Al Direttore Generale
Ente osp. spec.to in gastroenterologia
I.r.c.c.s. "S.De Bellis"
Via Turi, n.27
70013 Castellana Grotte (Ba)

Oggetto: Domanda di partecipazione avviso pubblico di mobilità regionale indetto con D.D.G. n. 526 del 13 ott. 2011 per rapporto di lavoro a TI. di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere – CAT. D.

Il sottoscritto sig. _____ (c.f. _____), nato a _____ (___) il _____ e residente in _____ (___) alla via _____ n. _____ in possesso della cittadinanza _____, nell'intento di presentare istanza di partecipazione all'avviso pubblico evidenziato in oggetto, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 D.P.R. n.445/00 e s.m.i.), dichiara :

- Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'azienda/ASL _____ nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Cat. D;
- Di aver superato il periodo di prova;
- Di avere idoneità fisica alla mansione specifica;
- Di non avere procedimenti disciplinari in corso
- Di essere Iscritto all'Albo Professionale l'iscrizione al corrispondente Albo Prof.le di uno dei Paesi dell'unione Europea, ove prevista, consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Che il medesimo è in possesso dei seguenti altri titoli :

di carriera (servizio prestato):

| nr | Aziende/ASL | Periodi | |
|----|-------------|---------|--------|
| | | Dal / / | al / / |
| 1 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Titoli accademici e di studio:

| nr | Descrizione titolo conseguito | Data conseguimento |
|----|-------------------------------|--------------------|
| 1 | | / / |
| | | |
| | | |
| | | |

Pubblicazioni e titoli scientifici:

| nr | Descrizione titolo | Data conseguimento |
|----|--------------------|--------------------|
| 1 | | / / |
| | | |
| | | |
| | | |

Attestati di formazione e/o aggiornamento professionale con crediti ECM

| nr | Descrizione attestato conseguito | Data conseguimento | Crediti ECM |
|----|----------------------------------|--------------------|-------------|
| 1 | | / / | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

In ordine ai suddetti requisiti specifici di ammissione si allegano fotocopie dei seguenti atti:

- a) _____ ;
b) _____ ;
c) _____ ;

In ordine ai succitati titoli e curriculum si allegano fotocopie dei seguenti atti:

- di carriera: _____ ;
- accademici e di studio: _____ ;
- curriculum formativo e professionale: _____ .

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.196/03 e s.m.i. si autorizza codesto Istituto al trattamento dei propri dati personali finalizzati all'espletamento della presente selezione e dichiaro di conoscere esplicitamente tutte le disposizioni del relativo avviso pubblico.

Per ogni eventuale comunicazione si elegge domicilio presso l'indicata residenza, ovvero, presso il seguente recapito:

_____ o utenza telefonica n. _____.

In relazione alle suddette dichiarazioni in autocertificazione l'istante, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 D.P.R. n.445/00 e s.m.i.), dichiara che tutti gli atti allegati in copia sono conformi agli originali e disponibili quest'ultimi per la produzione su richiesta di codesto Ente. Si allega, pertanto, alla presente documento personale di identità n. _____ rilasciato il _____ dal Comune di _____.

_____, il _____
(luogo) (data)

(firma leggibile)