

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore dell'
AZIENDA SPECIALE FODOM SERVIZI
Via Sorarù, 59
32020 – LIVINALLONGO (BL)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____)

C.F. _____ residente a
_____ (____) in via

_____ n. _____ tel. _____ cel.

_____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione utile la formulazione di una graduatoria di idoneità per **INFERMIERE PROFESSIONALE FINALIZZATA ALL'INSERIMENTO A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO, TEMPO PIENO/PARZIALE, PRESSO IL CENTRO SERVIZI PER L'ANZIANO VILLA S. GIUSEPPE.**

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 cittadino italiano o di altro Stato membro dell'Unione Europea;
- di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- 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;
- di autorizzare l'Azienda Fodom Servizi al trattamento dei dati personali forniti per l'esecuzione degli adempimenti relativi la presente selezione ed agli eventuali successivi rapporti di lavoro che dovessero instaurarsi tra le parti, nel rispetto del GDPR 679/2016e successive modifiche ed integrazioni in materia di privacy.
- Essere in possesso del Diploma di Laurea di Infermiere Professionale o titolo equipollente.

- di essere iscritto al relativo Albo Professionale (da presentare al momento dell'assunzione)

Allega:

- Curriculum vitae;
- Copia del documento di identità.

Chiede che ogni eventuale comunicazione sia inviata all'indirizzo e-mail sotto indicato oppure tramite posta ordinaria al seguente indirizzo:

_____ (nome e cognome)

_____ (via e numero civico)

_____ (c.a.p. e nome Comune)

_____ (telefono)

_____ (e-mail)

Luogo e data

Firma del dichiarante

La firma NON deve essere autenticata.

La presente va firmata in presenza di personale amministrativo del servizio addetto a ricevere la documentazione, oppure debitamente firmata ed inviata con altre modalità tra quelle previste nel bando di selezione **con allegata fotocopia di un documento di identità (non autenticata)**.

La presente domanda costituisce dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ART.47 D.P.R. 445/2000)