

Allegato A)

Al Direttore Generale
Servizi alla Persona
Longarone Zoldo a.s.c.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ C.F. _____ residente a _____
CAP _____ in via _____ n. _____ tel _____
Cell* _____ e-mail* _____

*campo obbligatorio

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione per la costituzione di una graduatoria di idoneità per assunzioni nel profilo di INFERMIERE

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 di cui Vs. prot. n 0083/2025 e di accettarne tutte le condizioni;
- di essere cittadino italiano / di altro Stato membro dell'Unione Europea/cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno (cancellare le voci che non ricorrono);
- di aver compiuto i 18 anni alla data di presentazione della domanda di candidatura;
- di essere in possesso di patente di tipo B
- di possedere l'idoneità psicofisica all'espletamento delle mansioni da svolgere;
- di non avere subito condanne penali passate in giudicato comportanti lo stato di interdizione o misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso enti pubblici;
- di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'avviso;
- di essere a conoscenza ed accettare le previsioni dell'avviso circa le modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno la/le prove di selezione;

BARRARE CASELLE DI INTERESSE E COMPLETARE DESCRIZIONE

DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO

ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI IN CORSO DI VALIDITA' n. _____

Dichiara che tale titolo riscontra il requisito minimo specifico previsto dai requisiti specifici del bando

Dichiara inoltre:

DI AVER MATURATO N _____ ANNI E N _____ MESI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI INFERMIERE PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI

DI AVER MATURATO N _____ ANNI E N _____ MESI DI ESPERIENZA NELLA QUALIFICA DI INFERMIERE

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI ATTESTATI IN MATERIA DI PREVENZIONE E PROTEZIONE INFORTUNI SUI LUOGHI DI LAVORO:

CORSO VVF CONSEGUITO IN DATA _____

CORSO FORMAZIONE SICUREZZA PER RISCHIO ELEVATO 16 ORE CONSEGUITO IN DATA _____

CORSO PRIMO SOCCORSO CONSEGUITO IN DATA _____

AGGIORNAMENTI _____

Allega:

- curriculum vitae
- Fotocopia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del dichiarante
- Titolo di studio e iscrizione all'albo
- copia dell'attestato corso sicurezza D.Lgs. 81, addetto antincendio, primo soccorso (SE POSSEDUTI)

Dichiara che l'indirizzo mail utile per le comunicazioni previste dall'avviso di selezione è il seguente:

Chiede che ogni eventuale comunicazione non rinvenibile sul sito istituzionale della Servizi alla Persona Longarone Zoldo sia inviata all'indirizzo mail sopra indicato.

Luogo e data

Firma leggibile del dichiarante

La firma NON deve essere autenticata