

AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE, PER N. 12 MESI, IN QUALITÀ DI INFERMIERE DA ASSEGNARE ALLA SSD MAXIEMERGENZE

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: _____

nato/a a _____ il// _____

residente in _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso Pubblico per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale in qualità di Infermiere presso la SSD Maxi Emergenze di AREU.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

☐ di essere cittadino/a italiano/a;

oppure

☐ di essere cittadino/a del seguente Stato membro dell'Unione Europea:

_____;

☐ di godere dei diritti civili e politici;

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di:

_____;

oppure

☐ di non essere iscritto/a / essere stato cancellato/a per il seguente motivo:

_____;

☐ di non aver riportato condanne penali;

oppure

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali:

_____;

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____

in data//_____;

☐ di essere iscritto/a all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di:

n. iscrizione _____;

☐ di possedere i requisiti specifici richiesti dal bando, come dettagliatamente illustrato nel curriculum vitae allegato e nella documentazione prodotta;

☐ di accettare integralmente tutte le condizioni previste dall'Avviso Pubblico;

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo:

oppure alla seguente PEC:

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Si allegano:

1. Curriculum vitae datato e firmato;
2. Copia documento di identità in corso di validità;
3. Documentazione comprovante il possesso dei requisiti specifici richiesti dal bando;
4. Eventuali ulteriori titoli e certificazioni ritenuti utili alla valutazione;
5. Elenco della documentazione allegata.

Luogo _____

Data _____

Firma _____