##### FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

 All'Amministrazione di

 AltaVita-Istituzioni Riunite di Assistenza-I.R.A.

 Piazza Mazzini 14

 35137 P A D O V A

Il sottoscritto,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(riportare cognome e nome completi), nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione valutativa, riservata al personale in servizio, tramite progressione verticale tra Aree ai sensi dell’art. 13 comma 6, 7, 8 del C.C.N.L. Funzioni Locali di “Infermiere” (Area dei Funzionari e dell’Elevata Qualificazione C.C.N.L. Funzioni locali),indetto da codesta Amministrazione con determina n. 219 del 25.07.2023.

Allo scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di dichiarazione mendace, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

1. di essere nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ prov. di\_\_\_;
2. di essere in possesso del titolo studio di:\_\_\_ \_ (indicarne uno tra quelli riportati nella sezione “requisiti specifici”);
3. di essere iscritto all’Albo degli Infermieri;
4. di essere dipendente di Altavita - Ira a tempo indeterminato dal --------------------
5. di essere in possesso della seguente esperienza lavorativa:

---------------------

1. di essere idoneo dal punto di vista psico-fisico all’espletamento delle mansioni del posto da ricoprire, fatto salvo l’accertamento del Medico competente a’sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche;
2. l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate comunicazioni è il seguente \_\_\_\_ ;
3. di esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA INOLTRE

* fotocopia non autenticata di valido documento di identità;
* curriculum vitae datato e firmato

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_