

## 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

- a. di essere nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_;
- b. di essere in possesso del titolo studio di: \_\_\_\_\_ (indicarne uno tra quelli riportati nella sezione "requisiti specifici");
- c. di essere iscritto all'Albo degli Infermieri;
- d. di essere dipendente di Altavita - Ira a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_
- e. di essere in possesso della seguente esperienza lavorativa:  
\_\_\_\_\_
- f. 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;
- g. l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate comunicazioni è il seguente \_\_\_\_\_;
- h. 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 \_\_\_\_\_