

Al Direttore

AZIENDA FELTRINA
per i SERVIZI ALLA PERSONA
S E D E

Il/la sottoscritto/a Nato/a il

a C.F.

Residente a in via

....

Tel..... Cell.....E-mail.

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione pubblica **per la FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA per assunzioni a tempo indeterminato e/o determinato nel profilo di: INFERMIERE cat. D posizione economica D1**, protocollo n. 00002418 del 12/08/2019.

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 a conoscenza delle modalità di notifica ai candidati delle date in cui si effettueranno le prove;
- Di essere in possesso della laurea in scienze infermieristiche o titolo equipollente;
- Di essere iscritto al collegio IPASVI di _____;
- Di essere cittadino italiano o di altro Stato membro dell'Unione europea;
- Di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- Di godere dei diritti politici e civili;
- 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;
-

ALLEGA CURRICULUM VITAE

Chiede altresì di ricevere ogni eventuale comunicazione all'indirizzo mail indicato, oppure tramite posta ordinaria all'indirizzo.....

Autorizzo inoltre l'Azienda Feltrina al trattamento dei dati personali forniti per l'esecuzione degli adempimenti relativi alla presente selezione e all'eventuale successivo rapporto di lavoro, ai sensi del Regolamento europeo UE 679/2016 (GDPR).

La firma NON deve essere autenticata.

La presente va firmata in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero trasmessa – debitamente firmata – **con allegata fotocopia di un documento di identità (non autenticata).**

(luogo)

(data)

(firma del dichiarante)