

**AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA U.S.L. DI IMOLA**

Il/La sottoscritto/a

cognome/nome

nato/a il

a

Prov.

Residente a

Prov.

Cap

Via

n.

Tel.

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'avviso pubblico per titoli e colloquio per assunzione a tempo determinato di personale del profilo di

**COLLABORATORE**

**PROFESSIONALE SANITARIO - INFERMIERE**

indetto dall'Azienda U.S.L. di Imola, con scadenza il

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del D.P.R.445 del 28.12.2000 e accertati dall'Azienda USL in sede di controllo verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera

che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso è il seguente:

cognome e nome

via / n. / CAP

Comune

Telefono/Cellulare

di essere in possesso della cittadinanza

(indicare la nazionalità)

**per i cittadini italiani - barrare una sola opzione**

di ESSERE iscritto nelle liste elettorali del Comune di

(indicare Comune)

di NON ESSERE iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

(indicare motivo della non iscrizione)

**Per i cittadini che sono in possesso del requisito sostitutivo della cittadinanza italiana (cittadinanza in Paese dell'Unione Europea):**

di non avere a proprio carico provvedimenti giudiziari che comportino nel Paese di origine o in Italia la perdita del diritto di voto

**barrare una sola opzione**

di NON AVERE riportato condanne penali

di AVERE riportato le seguenti condanne penali:

(indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale)

(indicare se congedato, riformato, esente ai sensi di L.226/04.... ecc..ecc..)

di essere nei confronti degli obblighi militari, nella seguente posizione:

di essere in possesso del Diploma/Laurea \_\_\_\_\_

conseguito/a \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo professionale degli infermieri della Provincia di \_\_\_\_\_

**(barrare una sola casella)**

di NON avere mai prestato servizio con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni;

di AVERE PRESTATO SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*;

Indicare la cause di risoluzione \_\_\_\_\_

di PRESTARE SERVIZIO con rapporto di lavoro dipendente a tempo determinato o indeterminato presso pubbliche amministrazioni *(come risulta da documentazione o da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata)*;

**(barrare casella solo in caso di diritto)**

di AVERE DIRITTO alla precedenza o a preferenza in caso di parità di punteggio (art. 5 DPR 487/94 e s.m.i) per il seguente

motivo: \_\_\_\_\_

*(allegare la documentazione probatoria)*

di aver preso visione dell'avviso e di essere a conoscenza delle modalità e tempi di espletamento della procedura.

Al fine della valutazione di merito il sottoscritto presenta:

un curriculum formativo professionale redatto in carta semplice, datato e firmato

copia di documento di identità valido

Per gli effetti dell'art.15 della legge 183/2011 (decertificazione) dichiaro che eventuali certificazioni allegate alla presente domanda rilasciate da PA corrispondono a stati/fatti/qualità relativi alla mia persona.

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco in carta semplice.

Data \_\_\_\_\_

**Firma in originale**

*(La mancata sottoscrizione in originale determina l'esclusione dalla procedura.*

*La trasmissione della domanda tramite PEC*

*equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)*

*N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento valido.*