

Spettabile
Istituto Romano di san Michele
P.le Antonio Tosti 4
00147 Roma

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(prov. di _____) il _____ residente a _____
(prov. di _____) cap _____ via _____ n. _____
recapito telefonico _____
in servizio presso _____ tel. interno _____
indirizzo e-mail per eventuali comunicazioni _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'AVVISO INTERNO PER L'ASSEGNAZIONE dell'incarico di funzione organizzativa – denominata "Coordinamento Infermieristico" - Comparto Sanità

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

di essere in servizio a tempo indeterminato presso l'Istituto Romano di San Michele come segue:

profilo professionale _____
categoria/liv. _____ area _____ a tempo pieno/parziale _____
(in caso di tempo parziale indicare la percentuale) _____ assegnato alla _____
tipologia di attività (con particolare riferimento ai compiti connessi all'incarico da conferire)

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e abilitazioni professionali:

conseguito presso _____ il _____

- _____

conseguito presso _____ il _____

- _____

conseguito presso _____ il _____

di aver prestato i seguenti ulteriori servizi presso pubbliche amministrazioni:

a) P.A. _____

indirizzo _____ periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale _____

categoria/livello _____ Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale): _____

Tempo determinato/indeterminato _____

Tipologia di attività _____

b) P.A. _____

indirizzo _____ periodo: dal _____ al _____

Profilo Professionale _____

categoria/livello _____ Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale): _____

Tempo determinato /indeterminato _____

Tipologia di attività _____

di avere maturato le seguenti ulteriori esperienze lavorative:

a) presso _____ indirizzo _____

periodo: dal _____ al _____

qualifica _____

Tempo pieno/tempo parziale (precisare percentuale) _____

natura giuridica rapporto di lavoro (dipendente, libera professione, collaborazione, progetto, ecc.)

Tipologia di attività _____

di aver fruito di aspettativa senza assegni:

-dal _____ al _____ per motivi _____

-dal _____ al _____ per motivi _____

di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo di cui all'unità dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato C);

di aver partecipato agli eventi formativi attinenti al profilo come docente o relatore, di cui all'unità dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato D);

di allegare le pubblicazioni di cui all'unità dichiarazione sostitutiva di atto notorio (come da allegato E).

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili, ai sensi e per gli effetti del DPR 445 del 28.12.2000, dichiara che quanto riportato nel curriculum formativo e professionale allegato alla presente domanda è corrispondente al vero. Dichiara inoltre di accettare, senza riserve, le condizioni contenute nel suddetto bando nonché le norme regolamentari in vigore presso questa Azienda. Esprime altresì il proprio consenso al trattamento dei dati personali in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, ai sensi del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196 e del Regolamento (UE) 679/2016.

Data, _____

Firma _____