

Raccomandata a.r.

**Al Direttore
Dipartimento Interaziendale di Coordinamento
Centrale Operativa 118 Area Centro
ASP Catanzaro
Dott. Antonio Talesa
Viale Pio X, 83 (Pal.na Poliambulatori AOPC)
88100 CATANZARO**

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a Prov. il
Codice Fiscale:
qualifica.....
dipendente dell'Azienda
residente a Prov. Cap.
Via/Piazzan° civ.....

C H I E D E

di poter partecipare all'avviso di reclutamento di personale sanitario (medici ed infermieri) del Servizio di Elisoccorso della Regione Calabria, per la formulazione di una graduatoria (aperta per 5 anni) atta a garantire la sostituzione delle unità mancanti, ad integrazione del personale esistente.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

- di essere nato/a a (.....) il
- di essere cittadino italiano.....
- di godere dei diritti politici
- di essere residente a
in Via n. Cap.
Tel., Cell., e- mail
- di essere di stato civile
- di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito presso l'Università diin data
- di essere iscritto all'Ordine
della provincia di.....dal al numero:
- di essere/non essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie del profilo da ricoprire;
- che il proprio codice fiscale è il seguente: _____
- di essere dipendente dell'Azienda _____

- a tempo pieno ed indeterminato dal _____
- con la qualifica di _____
- operante presso la divisione/reparto _____ dal _____
- di aver prestato cinque anni continuativi di servizio presso le strutture sanitarie (Pubbliche o Private) della Regione Calabria

Chiede che ogni comunicazione inerente la domanda venga inviata al seguente indirizzo:

.....
residente a
in Via n. Cap
Tel., Cell., e- mail

Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in ordine ai dati riportati nella domanda, ed a variazioni di indirizzo, sollevando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato nella domanda.

Allega:

1. Copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità;
2. Certificato medico di 2^a classe rilasciato dall'IML di Roma, Milano o Bari
3. Curriculum formativo e professionale in formato europeo, dettagliato e aggiornato, firmato e datato.

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)