

AZIENDA PEDEMONTANA SOCIALE
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - PROCEDURA COMPARATIVA INFERMIERI

1. DATI ANAGRAFICI E RECAPITI

Cognome e Nome	<i>[Inserire Nome e Cognome]</i>
Codice Fiscale	<i>[Inserire Codice Fiscale]</i>
Luogo e Data di Nascita	<i>[Città (Prov) - GG/MM/AAAA]</i>
Residenza Anagrafica	<i>[Indirizzo, n., C.A.P., Città, Prov.]</i>
Domicilio (se diverso)	<i>[Indirizzo, n., C.A.P., Città, Prov.]</i>
Telefono / Cellulare	<i>[Inserire Recapito Telefonico]</i>
E-mail Ordinaria	<i>[Inserire E-mail]</i>
PEC (obbligatorio)	<i>[Inserire Indirizzo PEC]</i>

2. RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a CHIEDE di essere ammesso/a alla procedura comparativa, per titoli e colloquio, per l'affidamento di un incarico di collaborazione libero professionale per la realizzazione di interventi infermieristici presso i Centri Diurni Anziani di Collecchio, Montechiarugolo e Traversetolo.

3. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (D.P.R. 445/2000) – barrare le caselle di interesse

Cittadinanza	☐ <i>Italiana / UE</i> ☐ <i>Famigliare di cittadino UE titolare di diritto di soggiorno</i> ☐ <i>Cittadino extra-UE (permesso lungo periodo / rifugiato / prot. sussidiaria) con adeguata conoscenza lingua italiana</i>
Diritti Politici	☐ <i>Di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di: _____</i>
Condanne Penali	☐ <i>Di non aver riportato condanne penali, non avere procedimenti penali pendenti e non essere sottoposto/a a misure di sicurezza/prevenzione</i>

Titolo di Studio

☐ *Laurea in Infermieristica (Classe SNT/01)*
☐ *Diploma Universitario di Infermiere / Equipollente (art. 6, comma 3, del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502)*
Ateneo/Istituto: _____

Data conseguimento: ____/____/____ *Voto:* _____

(Se estero) Provvedimento Equipollenza Min. Salute: _____

☐ *Diploma o Attestato equipollente al diploma universitario (DM Sanità 27.07.00)*

Iscrizione OPI

☐ *Iscritto/a all'Albo Professionale Infermieri (OPI) di:* _____ *n.*
_____ *dal* ____/____/____

Partita IVA

☐ *Già titolare di Partita IVA n.* _____
☐ *Impegno ad attivare Partita IVA in caso di assegnazione dell'incarico*

Polizza R.C. Prof.

☐ *In possesso di Polizza R.C. Professionale (Compagnia:* _____ *N.*
_____)
☐ *Impegno a stipulare la Polizza R.C. Professionale prima dell'inizio dell'incarico*

Comunicazioni & Privacy

☐ *Di eleggere quale domicilio per le comunicazioni la PEC sopra indicata*
☐ *Di accettare integralmente le condizioni dell'Avviso Pubblico e autorizzare il trattamento dei dati (GDPR UE 2016/679)*

4. DOCUMENTI ALLEGATI (OBBLIGATORI)

- Curriculum Vitae in Formato Europeo (firmato e datato)
- Copia fotostatica del Documento di Identità in corso di validità

Luogo e Data:

_____, ____/____/____

Firma del Candidato:
