

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA

Allegato "A"

AI DIRETTORE F.F.  
del Distretto Sanitario Unico  
di Vibo Valentia  
Dott. Raffaele Bava

Il sottoscritto ..... (a), residente in..... (provincia di )  
Via/Piazza ..... n. ...., C.A.P....., Tel....., chiede di  
essere ammesso a partecipare all'avviso di mobilità ordinaria interna, per il reclutamento di numeri 6 (sei)  
unità di personale infermieristico da integrare presso le Centrali Operative Territoriali (C.O.T.) di Pizzo e  
Nicotera, \_\_\_\_\_ (indicare la sede prescelta), come da avviso pubblicato  
integralmente all'Albo Aziendale in data \_\_\_/\_\_\_/2024.

A tal fine il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle  
sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 per le ipotesi di falsità in atti e  
dichiarazioni mendaci:

- di essere nato a ..... (provincia di .....) il..... ;
- di essere in possesso della Cittadinanza Italiana (ovvero, precisare il requisito sostitutivo);
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di..... (ovvero precisare il motivo di non iscrizione);
- le eventuali condanne penali riportate ovvero di non avere riportato condanne penali (rendere la dichiarazione che interessa);
- di non avere procedimenti penali in corso ovvero di avere procedimenti penali in corso (rendere la dichiarazione che interessa);
- di essere in possesso del diploma di Infermiere;
- ✓ di essere in possesso del seguente MASTER :-  
.....;
- ✓ di essere in possesso della seguente certificazione informatica:.....;
- di essere iscritto sino ad oggi all'albo degli Infermieri della Provincia di.....;
- di avere superato il periodo di prova;
- di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, appartenente al profilo professionale : Professioni Sanitarie Infermieristiche – Infermiere (Ctg. D) dal

.....ad oggi, in atto in servizio presso (indicare la struttura di attuale utilizzazione).....;

- aver superato il periodo di prova;
- di avere prestato servizio relativamente al profilo professionale : Professioni sanitarie Infermieristiche - Infermiere (Ctg. D) per i periodi di seguito specificati:
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ alle dipendenze di \_\_\_\_\_;
- di avere la seguente situazione familiare ( segnare con la x ):
  - I\_ I senza coniuge (vedovo/a – separato/a – divorziato/a – celibe/nubile), con figli minori ad anni 18 a carico, conviventi;
  - I\_ I stato di coniugato;
  - I\_ I figli di età pari o inferiore a 6 anni: n. \_\_\_\_ (indicare il numero dei figli);
  - I\_ I figli di età superiore a 6 e fino a 18 anni: n. \_\_\_\_ (indicare il numero dei figli);
- di essere in possesso dei benefici di cui alla Legge n. 104/92, come da documentazione probatoria allegata alla presente;
- di essere idoneo/a con limitazioni ai sensi del T.U. n. 81/2008;
- di non essere stato destituito, dispensato o decaduto da precedente impiego presso la pubblica amministrazione o dispensato dall'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- di essere disposto a prestare la propria attività presso la sede di lavoro prescelta, e di accettare le condizioni previste dalla normativa vigente in materia;
- che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente.....tel. ....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, coordinato con il Decreto Legislativo 101/2018, e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), per gli adempimenti connessi al presente avviso.

Data .....

.....

(firma per esteso)

**Si allegano:**

- 1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità in formato pdf non modificabile;**
- 2. Curriculum formativo e professionale datato e firmato in formato pdf non modificabile, redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000;**
- 3. Autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000, sullo status di dipendente a tempo pieno e indeterminato dell'ASP VV;**
- 4. Autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000, di aver superato il periodo di prova;**
- 5. Autocertificazione resa ai sensi del DPR n. 445/2000 dei titoli posseduti.**