

**AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI**  
**Via Coriano, 38 47924 Rimini (RN)**

Il/la sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a al concorso pubblico per titoli ed esami per :

**N. 5 POSTI DI COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO ESPERTO – INFERMIERE  
 CAT. “D” LIVELLO ECONOMICO “D SUPER” (DS) CON FUNZIONE DI COORDINAMENTO  
 con riserva del 50% a favore del personale interno, ai sensi dell’art. 24 del D.Lgs 27/10/ 2009 n. 150**

A TAL FINE IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, E S.M.I., CONCERNENTI LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA', PREVENTIVAMENTE AMMONITO/A CIRCA LA RESPONSABILITÀ PENALE CUI, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR N. 445 DEL 28.12.2000, PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**DICHIARA**

(Attenzione è **OBBLIGATORIO** compilare gli spazi vuoti e barrare le caselle corrispondenti alla scelta):

**A)** di essere nato/a a (Comune) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
 residente in Via \_\_\_\_\_  
 (città) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

**B)** che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente concorso e' il seguente:

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
 recapito telefonico (1) \_\_\_\_\_ recapito telefonico (2) \_\_\_\_\_

**C)** di essere in possesso della **cittadinanza** \_\_\_\_\_

**D)** di essere **iscritto nelle liste elettorali** del Comune di \_\_\_\_\_

ovvero:

di **non essere iscritto nelle liste elettorali** per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea devono inoltre dichiarare:

di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza

di avere adeguata conoscenza della lingua italiana

**E)**  di **non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali pendenti**

ovvero:

di avere riportato le seguenti **condanne penali** e/o di avere i seguenti **procedimenti penali pendenti** ( **precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale**) \_\_\_\_\_

(**N.B.** da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale, beneficio non menzione);

**F)**  di essere in possesso della **Laurea di primo livello in Infermieristica (L/SNT01)** conseguita il \_\_\_\_\_  
 presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ (indicare Comune)

ovvero

di essere in possesso del **Diploma universitario di Infermiere** (conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni) conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di (indicare Comune) \_\_\_\_\_

ovvero

di essere in possesso del **Diploma o Attestato di** \_\_\_\_\_ (conseguito in base al precedente ordinamento riconosciuto equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni, al Diploma Universitario, ai fini dell'esercizio dell'attività professionale e dell'accesso ai pubblici concorsi) conseguito il \_\_\_\_\_ presso (indicare Scuola) \_\_\_\_\_ di (indicare Comune) \_\_\_\_\_

**titolo di studio rilasciato all'estero** \_\_\_\_\_ equiparato all'analogo titolo di studio conseguito in Italia, riconosciuto equiparato con provvedimento/decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato dal \_\_\_\_\_ (indicare Autorità che ha rilasciato il Provvedimento)

**G)** di essere **iscritto all'Albo Professionale degli INFERMIERI** della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ alla posizione n° \_\_\_\_\_

**H)**  di essere in possesso di **Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento** (rilasciato ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3.11.1999, n. 509 e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università, e della Ricerca 22.10.2004, n. 270) conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di (indicare Comune) \_\_\_\_\_

Ovvero

**Certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica** (di cui all'art. 6 comma 5 della Legge 1/2/2006 n. 43) conseguito il \_\_\_\_\_ presso (indicare Scuola) \_\_\_\_\_ di (indicare Comune) \_\_\_\_\_  
Ovvero

\_\_\_\_\_ (rilasciato in base alla pregressa normativa) conseguito il \_\_\_\_\_ presso (indicare Scuola e Comune) \_\_\_\_\_

**I) Esperienza professionale dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_ **complessiva di 3 anni nella categoria D o Ds, in qualità di Infermiere acquisita in Aziende ed Enti del SSN ( indicare gli estremi dell'azienda / Ente)**

**L)**  di avere effettuato il **servizio militare di leva o servizio civile** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con mansioni di \_\_\_\_\_

ovvero

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

**M)**  di **non avere prestato** servizio presso Pubbliche Amministrazioni  
ovvero:

di **avere prestato** servizio (**solo a rapporto di dipendenza a tempo determinato ed indeterminato**) presso Pubbliche Amministrazioni (dichiarare dettagliatamente anche nel curriculum):

DENOMINAZIONE ENTE (indicare per esteso): \_\_\_\_\_

Sede legale di (indicare indirizzo completo) \_\_\_\_\_

qualifica di \_\_\_\_\_

Tempo determinato/indeterminato (Cancellare l'ipotesi che non interessa)

dal (indicare giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_ al ( indicare giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_

A TEMPO PIENO

A PART-TIME  N. ore settimanali \_\_\_\_\_

Schema da riprodurre per ogni rapporto lavorativo

**N)**  di avere **diritto alla riserva** del posto ai sensi della seguente normativa \_\_\_\_\_ per il seguente motivo: \_\_\_\_\_ (allegare attestazioni come indicato nel bando)

- O)  di avere **diritto alla preferenza**, in caso di parità di punteggio, ai sensi dell'art. 5 DPR 487/94 per il seguente motivo (esempio: n. figli a carico, invalidità ecc): \_\_\_\_\_ (allegare attestazioni come indicato nel bando)
- P)  di avere necessità in quanto portatore di handicap ai sensi dell'art. 20 della l. 104/92 del seguente ausilio (indicare il tipo di ausilio necessario) \_\_\_\_\_ e dell'applicazione di eventuali tempi aggiuntivi.
- Q) di prestare consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs 196/03) e di aver preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003
- R) **Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, dichiara che il contenuto del CURRICULUM VITAE allegato è veritiero e che tutti i documenti riprodotti in copia semplice, allegati alla presente domanda di partecipazione, sono conformi ai corrispondenti originali in possesso del/la sottoscritto/a**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(leggibile e per esteso)Documenti da allegare in carta semplice:

1. **COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ;**
2. **CURRICULUM** FORMATIVO E PROFESSIONALE REDATTO IN CARTA SEMPLICE **DATATO E FIRMATO**  
Attenzione! Senza firma non VIENE VALUTATO  
PER TUTTE LE ATTIVITA' PROFESSIONALI **SONO OBBLIGATORIAMENTE** DA INDICARE:
  - NOMINATIVO DATORE DI LAVORO + INDIRIZZO (per le Case di Cura indicare se accreditate o non accreditate)
  - QUALIFICA ( indicare la disciplina di inquadramento)
  - TIPOLOGIA CONTRATTUALE (contratto LP- CoCoCo- dipendente ecc)
  - DATA INIZIO/DATA FINE ATTIVITA' (giorno/mese/anno)
  - TEMPO PIENO O TEMPO PARZIALE (indicare orario settimanale) o TEMPO DEFINITO
3. **ELENCO NUMERATO** di tutti i documenti e titoli presentati, REDATTO IN DUPLICE COPIA, **DATATO E FIRMATO**
4. **DOCUMENTI** ( in originale o in fotocopia autocertificata) **numerati come da elenco**
5. **PUBBLICAZIONI** (devono essere allegate in originale o in copia autocertificata e non solo elencate) e **numerate come da elenco**