

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PROGETTO PNES-AREA "CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA" PROGETTO IN.4K.1_02- "COSTITUZIONE DELLE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITÀ CLINICA" CODICE CUP **C99I24001260006** - PROFILO C.P.S. INFERMIERE PER AMBULATORI DI PROSSIMITÀ PRESSO I DISTRETTI.

AL DIRETTORE GENERALE
PEC: pnes.aslbat@pec.rupar.puglia.it

SCADENZA: 02/04/2025 h: 23:59

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO INTERNO PROGETTO PNES-AREA "CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA" PROGETTO IN.4K.1_02- "COSTITUZIONE DELLE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITÀ CLINICA" - PROFILO C.P.S. INFERMIERE PER AMBULATORI DI PROSSIMITÀ PRESSO I DISTRETTI.

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROV
CODICE FISCALE			
CITTADINANZA			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NUMERO CIVICO
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	CV
PROFILO PROFESSIONALE		MATRICOLA	
2° CELLULARE	INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA		

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSI ALL'AVVISO INTERNO, PER IL CONFERIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO (E' POSSIBILE ESPRIMERE PREFERENZA SOLO PER N. 1 SEDE AMBULATORIALE PER DOMANDA, PER UN MASSIMO DI DUE IN TOTALE)

- ☐ **N. 1 C.P.S. INFERMIERE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DA IMPEGNARE PRESSO IL D.S.S. N. 1 – AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ'**
- ☐ **N. 1 INFERMIERE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DA IMPEGNARE PRESSO IL D.S.S. N. 2 – AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ'**
- ☐ **N. 1 INFERMIERE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DA IMPEGNARE PRESSO IL D.S.S. N. 3 – AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ'**
- ☐ **N. 1 INFERMIERE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DA IMPEGNARE PRESSO IL D.S.S. N. 4 – AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ'**
- ☐ **N. 1 INFERMIERE – AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DA IMPEGNARE PRESSO IL D.S.S. N. 5 – AMBULATORIO DI PROSSIMITÀ'**

A TAL FINE, AVVALENDOSI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI ALL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000, SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E DECADENZE PREVISTE DALL'ART. 75 E 76 DEL D.P.R. 445/2000 PER LE IPOTESI DI FALSITÀ DI ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI,

DICHIARA

I SEGUENTI REQUISITI DI AMMISSIONE (BARRARE CASELLA):

- ☐ DI ESSERE IN SERVIZIO CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO, PRESSO ASL BT DAL _____;
- ☐ DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE PROFILO PROFESSIONALE _____;
- ☐ DI ESSERE IN SERVIZIO PRESSO LA U.O. _____ AFFERENTE AL DIPARTIMENTO DI _____;
- ☐ DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO INTERNO E DEI REQUISITI RICHIESTI;
- ☐ L'INTEGRALE CONOSCENZA ED ACCETTAZIONE DELLE DISPOSIZIONI CONTENUTE NELL'AVVISO INTERNO;
- ☐ ASSENZA DI PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI SUPERIORI ALLA MULTA NEGLI ULTIMI DUE ANNI;
- ☐ DI AUTORIZZARE L'AZIENDA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI, FINALIZZATO AGLI ADEMPIMENTI CONNESSI ALL'ESPLETAMENTO DELLA PROCEDURA IN OGGETTO.

ALLEGA

- DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'
- CURRICULUM FORMATIVO PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO, REDATTO IN FORMA DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000.

DATA

FIRMA
