



**AI DIRETTORE GENERALE
dell'ASL di BRINDISI**

Via Napoli n. 8

72100 BRINDISI

selezioni.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare alla **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI TEMPORANEI NEL PROFILO PROFESSIONALE DI INFERMIERE - AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI IN SOSTITUZIONE DI PERSONALE ASSENTE A VARIO TITOLO.**

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n°445/00, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
2. di essere residente a _____ (prov. _____) in Via _____ n. _____
tel. _____ cellulare _____
e-mail _____
3. di possedere il seguente **indirizzo di posta elettronica certificata personale (Pec)** agli effetti di ogni comunicazione relativa alla manifestazione d'interesse ed all'utilizzazione della graduatoria _____(1);
4. di essere in possesso della cittadinanza italiana; ovvero di essere cittadino del seguente paese dell'Unione Europea _____;
5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
6. di non aver mai riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____;
7. che la propria posizione nei riguardi degli obblighi di leva è la seguente _____;
(solo per candidati di sesso maschile)
8. di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso:

- **Laurea Triennale** in _____
conseguita presso l'Università degli Studi di _____ (classe _____)
nell.a.a. _____ / _____, con la votazione di _____ /110 e _____.
- **Laurea Magistrale** in _____
conseguita presso l'Università degli Studi di _____ (classe _____)
nell.a.a. _____ / _____, con la votazione di _____ /110 e _____.
- **iscrizione all'ordine professionale** di _____

9. ☐ di non avere prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni

oppure

10. ☐ di aver prestato (o di prestare) servizio presso pubbliche Amministrazioni, e di non essere stato destituito/a, dispensato/a o licenziato/a dalla Pubblica Amministrazione

11. dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nel bando;

(si informa che i dati dichiarati sul presente modello sono strettamente correlati al procedimento amministrativo per cui sono stati prodotti e, pertanto, la loro mancata produzione impedisce l'avvio o la conclusione dello stesso.)

Dichiara, inoltre, di aver preso visione del bando relativo all'avviso e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite.

Allegati:

1. copia del versamento del contributo di partecipazione all'avviso pari a € 10,00 (Euro dieci/00), non rimborsabile esclusivamente mediante bonifico bancario IT11Z0542404297000000000204 intestati all'ASL BR, con causale: "Contributo Manifestazione d'interesse infermieri anno 2024".
2. copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità, pena la non ammissione.

DATA _____

* FIRMA _____

*(non è richiesta l'autentica di tale firma, ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate. **NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE CASELLE NON CONTRASSEGNALE.**

N.B. LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI PARTE E A STAMPATELLO, FIRMATA E DATATA.

(1) la mancata indicazione dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata Personale comporta l'esclusione del candidato dalla procedura concorsuale.