FAC - SIMILE DOMANDA

Raccomandata a.r.

Al Direttore Generale
della Fondazione Ospedale San Camillo
Via Alberoni, 70
30126 Venezia

Il/La sottoscritt__ _____

C H I E D E

di essere ammess__ all'Avviso Pubblico per assunzione a tempo determinato di _____, indetto da codesta Amministrazione e pubblicato nel BUR Veneto n. _____ del _____.

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000:

a) di essere nat__ a _____, il _____, e di risiedere in _____, Via _____, n.____, telefono _____, email _____, Codice Fiscale _____;
b) di essere in possesso della cittadinanza italiana;
c) di essere iscritt __ nelle liste elettorali del Comune di _____;
d) di non aver riportato condanne penali;
e) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Psicologia (o equipollente) conseguito il _____ presso _____, e di diploma di specializzazione _____ _____ indicare il titolo equipollente _____ _____ _____ _____
f) di trovarsi nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione:_____ ;
g) di essere iscritto all'Albo/Ordine Professionale _____;
h) di aver (o non aver) prestato servizio, né di essere stato destituito da impiego presso enti/istituzioni sanitari privati preaccreditati o pubbliche amministrazioni;
i) di essere o non essere incorso/a nella dispensa, o destituzione, o licenziamento da precedenti impieghi;
j) di necessitare del seguente ausilio _____ nonché di tempi aggiuntivi per sostenere le pove d'esame (esplicita richiesta) in applicazione dell'art. 20 della legge 5.2.92. n. 104;
k) di essere in possesso dei seguenti requisiti che danno diritto a preferenza nella nomina: _____;
l) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, al fine della gestione della presente procedura, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Il/la sottoscritt__ allega elenco, in carta semplice, dei documenti e titoli presentati, nonché curriculum formativo e professionale, datato, firmato e documentato.

Data: _____

Firma: _____

N.B. Allegare fotocopia di un documento di identificazione.