



FAC - SIMILE DOMANDA

Raccomandata a.r.

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

Il/La sottoscritt _____

CHIEDE

di essere ammess__ all'Avviso Pubblico per assunzione a tempo determinato di Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista Cat. D, 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. __, telef. _____, email _____;
- 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 Fisioterapia (o equipollente) conseguito il _____ presso _____; indicare il titolo equipollente _____

- f) di trovarsi nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione: _____;
- g) di aver (o non aver) prestato servizio, né di essere stato destituito da impiego presso enti/istituzioni sanitari privati preaccreditati o pubbliche amministrazioni;
- h) di essere o non essere incorso/a nella dispensa, o destituzione, o licenziamento da precedenti impieghi;
- i) di necessitare del seguente ausilio _____ nonché di tempi aggiuntivi per sostenere le prove d'esame (esplicita richiesta) in applicazione dell'art. 20 della legge 5.2.92. n. 104;
- j) di essere in possesso dei seguenti requisiti che danno diritto a preferenza nella nomina: _____;
- k) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

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.