

trasmissione via pec personale all'indirizzo: [protocollo@pec.aslnuoro.it](mailto:protocollo@pec.aslnuoro.it)

**Oggetto: Avviso di selezione interna, per colloquio, finalizzato alla creazione di un elenco di operatori socio sanitari dal quale attingere per svolgere il servizio di accoglienza presso le strutture sanitarie della ASL 3 di Nuoro.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_, PEC personale \_\_\_\_\_, e  
domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Di essere ammess\_\_ a partecipare all'Avviso di cui all'oggetto,

\_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24.12.2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

### **DICHIARA**

*(barrare e compilare le caselle interessate)*

di essere dipendente a tempo indeterminato presso (indicare nome completo) \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, nel profilo **di** \_\_\_\_\_;

di essere stato assunto a tempo indeterminato nel profilo in oggetto in data \_\_\_\_\_;

di prestare Servizio presso: (indicare tipologia della struttura, denominazione e struttura di appartenenza) \_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'idoneità parziale permanente o temporanea all'impiego;

di usufruire/non usufruire dei benefici previsti dalla L. 104/92, dal Decreto Legislativo n. 151/2001, L. n. 53/2000 ed aspettative a vario titolo;

di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003 – Reg. Europeo 679/2016 – Decreto Legislativo 101/2018;

di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

**Allegati alla domanda (barrare):**

- ➔ **Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità;**
- ➔ **Curriculum formativo professionale, datato e firmato reso\_sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;**
- ➔ **Giudizio del medico competente attestante l' idoneità parziale, temporanea o permanente con prescrizioni o limitazioni**
- ➔ **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, relativa al servizio prestato e/o stati, qualità personali o fatti ritenuti utili agli effetti della valutazione;**
- ➔ **altro \_\_\_\_\_;**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_