

MODULO DI DOMANDA 10 INFERMIERI ESTERNI ALL'AMMINISTRAZIONE PER LA COPERTURA DI TURNI OCCASIONALI
Al Senato della Repubblica - Servizio del Personale
Compilare in carattere stampatello utilizzando una penna ovvero apparecchiature di stampa elettronica o meccanica
Ove necessario, barrare la casella

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a a _____ (provincia o Stato estero _____) il _____

residente nel Comune di _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

Numero telefonico fisso _____ Numero telefonico mobile _____

Indirizzo di posta elettronica _____ Codice fiscale _____ Sesso M F

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione per l'ampliamento di 10 unità dell'elenco degli infermieri esterni all'Amministrazione del Senato per la copertura di turni occasionali presso l'Ambulatorio del Senato.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, anche penale, quanto segue (vedere nota A):

1. E' cittadino italiano

2. E' in possesso del seguente documento di riconoscimento:

Tipo documento: numero emesso da il

3. Ha il godimento dei diritti civili e politici

4. Ha conseguito:

il diploma universitario di infermiere presso l'Università di

Facoltà di con la votazione di in data

ovvero

altro titolo equipollente ai sensi di legge (specificare quale)

presso l'Istituto (vedere nota B)

con la votazione di in data

5. Ha conseguito le seguenti esperienze professionali di infermiere, per le quali allega le prescritte attestazioni:

- presso (vedere nota C)

nel settore dal al

- presso (vedere nota C)

nel settore dal al

- presso (vedere nota C)

nel settore dal al

- presso (vedere nota C)

nel settore dal al

Desidera ricevere le comunicazioni relative alla selezione (compilare solo se indirizzo diverso da quello sopraindicato):

Presso _____

Via _____ n. _____ Comune _____

(prov. _____) C.A.P. _____ Numero telefonico _____

ANNOTAZIONI INTEGRATIVE:

Il/La sottoscritto/a autorizza il Senato della Repubblica ad utilizzare i dati personali forniti per la partecipazione alla selezione. I medesimi dati possono essere comunicati a soggetti terzi che forniscono specifici servizi di elaborazione di dati, strumentali allo svolgimento della procedura stessa.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso, esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Il/La sottoscritto/a è consapevole, altresì, che le dichiarazioni sostitutive di certificazioni sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

Allegati n.

Data Firma

NOTE:

A) Barrare la casella che interessa e compilare i corrispondenti spazi bianchi, ove presenti.

B) Indicare con precisione la denominazione ed i recapiti (anche telefonici) dell'istituto presso il quale è stato conseguito il titolo.

C) Indicare le esperienze professionali ed allegare le attestazioni. Indicare con precisione la denominazione ed i recapiti (anche telefonici) della struttura (in mancanza di spazio, utilizzare lo spazio delle annotazioni integrative).

