***allegato A)***

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AD AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA’ PER L’ASSEGNAZIONE TEMPORANEA PRESSO LA SEDE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DI PIEVE DI CENTO AFFERENTE ALL’U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, PROFESSIONALE E FORMAZIONE (SC) DELL’AZIENDA U.S.L. DI BOLOGNA**

*Al Direttore Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale*

*Dott.ssa Teresa Mittaridonna*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome:  *(in stampatello)* |  |
| Luogo e data di nascita: |  |
| Attuale posizione: | *Profilo professionale:* |
| *Servizio di appartenenza:* |
| *Tipologia di rapporto di lavoro:*  *tempo pieno tempo parziale – con la seguente*  *articolazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

CHIEDO di partecipare all’avviso di manifestazione di disponibilità all’assegnazione temporanea presso la sede del corso di laurea in infermieristica di Pieve di Cento afferente all’U.O. Sviluppo organizzativo, professionale e formazione (SC) dell’Azienda U.S.L. di Bologna.

Il/la sottoscritto/a chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo e secondo le seguenti modalità:

□ mediante posta elettronica all’indirizzo e-mail aziendale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ mediante posta elettronica al seguente indirizzo e-mail personale/ PEC personale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ mediante raccomandata A/R al seguente indirizzo :

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_) telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***allegato B)***

SCHEDA CURRICULUM

AUTOCERTIFICAZIONE - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

**(DPR 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46 e 47)**

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
-consapevole che l’Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;

-consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

# *DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA’:*

* di possedere i seguenti titoli:

|  |
| --- |
| TITOLI DI STUDIO: |
|  |

|  |
| --- |
| *(N.B.: Lo stato di servizio dell’AUSL di Bologna verrà acquisito d’ufficio.)*  DICHIARARE UNICAMENTE I SERVIZI SVOLTI IN QUALITA’ DI DOCENTE O TUTOR indicando dettagliatamente i periodi di riferimento, le ore di docenza/tutor svolte e le metodologie didattiche utilizzate |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

SERVIZI PRESTATI IN QUALITA’ DI DIPENDENTE, PRESSO ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE, NEL PROFILO PROFESSIONALE DI C.P.S. – INFERMIERE o C.P.S.Esperto - INFERMIERE

| **ENTE** | **Dal ….al…** | **qualifica** | **Servizio di assegnazione** |
| --- | --- | --- | --- |
| ENTE | Dal …  al…… | qualifica | Servizio di assegnazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PUBBLICAZIONI E ATTIVITA’ DI FORMAZIONE PROFESSIONALE (CORSI, CONVEGNI….) |
|  |

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***N.B.: ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO***