

MODULO DI CANDIDATURA

Al Commissario Straordinario
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Il/la sottoscritto/a C.F.
nato/a a il residente a
in via n. tel. n.
Partita IVA
che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:
.....

C H I E D E

Di poter partecipare alla Procedura d'urgenza per l'acquisizione di competenze professionali in relazione alle necessita' sanitarie ed assistenziali conseguenti al virus COVID-19 da utilizzare sul territorio della provincia di Piacenza e di Parma. Professionalita' richieste: **medici e infermieri.**

Compilare secondo la professionalità acquisita

- **MEDICI LAUREATI E ABILITATI ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE** con priorità per gli specialisti, gli specializzandi e chi possa documentare qualificate esperienze nelle seguenti discipline: **Anestesia e Rianimazione, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza, Medicina Interna, Geriatria, Igiene Pubblica**
- **INFERMIERI IN POSSESSO DI UN TITOLO DI STUDIO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE** con priorità per chi possa documentare qualificate esperienze nell'ambito delle **Terapie Intensive.**

A tal fine dichiara, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 e 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

- ⇒ di essere in possesso della cittadinanza italiana
(ovvero di essere in possesso dei requisiti sostitutivi della cittadinanza italiana.....)
- ⇒ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
ovvero: di non essere stato escluso dall'elettorato attivo e di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubbliche Amm.ni (in caso contrario indicare il motivo)
- ⇒ di non aver riportato condanne penali
(ovvero: di aver riportato le seguenti condanne penali
- ⇒ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
DIPLOMA DI LAUREA in conseguito presso la Università di
ed ivi abilitato all'esercizio della professionale nell'anno
ISCRITTO ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI DAL
DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE in
OVVERO DI ESSERE ISCRITTO AL ANNO DI SPECIALIZZAZIONE IN
Conseguito/In corso presso l'Università di il (durata del corso anni)

- ⇒ DIPLOMA UNIVERSITARIO di conseguito il
- ⇒ presso l'Università di Facoltà/Scuola di
- ⇒ ovvero
- ⇒ TITOLO DI STUDIO (*denominazione esatta*)
- ⇒ rilasciato dallo Stato estero il
- ⇒ riconosciuto in Italia con provvedimento del Ministero della Salute n. del
- ⇒ ISCRIZIONE Albo/Collegio/Ordine.
- ⇒ Sede di dal al n.
- ⇒ di non aver mai prestato servizio con rapporto d'impiego presso Pubbliche Amministrazioni
- ⇒ (ovvero di aver prestato servizio o di prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni
(le cause di risoluzione del rapporto di lavoro)
- ⇒ Dichiaro di non essere dipendente di strutture sanitarie delle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto nonché impegnato nella Casa Residenze Anziani (C.R.A.), nelle strutture residenziali per disabili (C.S.S.R.) nelle regioni suddette;
- ⇒ Dichiaro di avere/essere in possesso dell'assenso del proprio datore di lavoro;
- ⇒ Dichiaro di essere in quiescenza a far tempo dal
- ⇒ Dichiaro di essere disponibile a iniziare l'attività in data
- ⇒ Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento della procedura verranno trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/03 per le parti ancora valide, in quanto non in contrasto con il Reg. UE 2016/679 (Regolamento europeo per la protezione dei dati personali), che costituisce attualmente il riferimento normativo fondamentale in materia. La presentazione della candidatura implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle candidature e all'utilizzo delle stesse.

Data li

FIRMA

.....

Allegati (unico file pdf):

Documento di identità

Curriculum vitae formato europeo aggiornato