

OPERA PIA - CASA DI RIPOSO

"SAN VINCENZO DE' PAOLI"

- Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza -
Via E. Interlandi, 1 - 95049 Vizzini

Codice Fiscale 82002300877
Tel. 0933.961006

Partita IVA 02073470870
Fax 0933.966185

Sito Web: www.casariposovizzini.it
E-mail: operapia@casariposovizzini.it

PEC: casariposo_vizzini@pec.it

FAC SIMILE DOMANDA da redigere in carta semplice

Spett.le
**IPAB CASA DI RIPOSO "SAN
VINCENZO DE' PAOLI"**
Via E. Interlandi n.1
90149 Vizzini (CT)

**AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA DI VALUTAZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI
INFERMIERE PROFESSIONALE PRESSO L'IPAB CASA DI RIPOSO "SAN VINCENZO DE' PAOLI" DI VIZZINI (CT) PER IL
PERIODO 01.01.2018 - 30.03.2018, PROROGABILI SINO AL 30.06.2018 AD INSINDACABILE GIUDIZIO DELL'ENTE
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ codice
fiscale _____
residente a _____ () in via _____
domiciliato a _____ (se diverso dalla
residenza) tel. n. _____ cell.
_____ e-mail _____ PEC
_____ in possesso del diploma/laurea infermieristica conseguito/a in
data _____ presso _____ iscritto/a attualmente all'IPASVI di _____ n.
iscrizione _____ dal _____

preso atto di quanto contenuto nell'avviso pubblico di procedura di valutazione comparativa per il conferimento di
n. 1 incarico professionale di "infermiere professionale" presso **IPAB CASA DI RIPOSO "SAN VINCENZO DE' PAOLI"**

CHIEDE

di essere ammesso/a alla selezione di professionisti a cui affidare l'incarico di infermiere presso l'**IPAB CASA DI RIPOSO "SAN VINCENZO DE' PAOLI"** di Vizzini (CT) per il periodo dal 01 gennaio 2018 al 31 marzo 2018, prorogabile sino al 30.06.2018 a insindacabile giudizio dell'Ente, per un monte ore settimanale di 36 ore e un totale massimo di ore del periodo pari a 468 ore, escluse le reperibilità notturne.

DICHIARA

inoltre, nella forma dell'autocertificazione, avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46(recante *Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà*) e 47 (recante *Disposizioni generali in materia di dichiarazioni sostitutive*) del DPR n.445/2000 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 (recante *Norme penali*) del medesimo DPR in caso di dichiarazioni parziali, false e/o mendaci rese a un pubblico ufficiale, di

- non essere ex dipendente dell' **IPAB CASA DI RIPOSO "SAN VINCENZO DE' PAOLI"** o di altre Pubbliche Amministrazioni cessato volontariamente dal servizio con diritto all'ottenimento della pensione anticipata di anzianità;
- essere persona in possesso dei requisiti generali per l'accesso agli impieghi civili delle Pubbliche Amministrazioni;
- non essere persona che risulti non aver svolto con puntualità e diligenza incarichi loro precedentemente affidati dall'amministrazione;
- non essere persona che abbia in corso un contenzioso con l'Ente, anche in sede stragiudiziale;
- non aver riportato condanne penali e non avere carichi penali pendenti;
- non essere persona che non sia in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 del d. lgs. n. 50/16;
- di avere altri rapporti di lavoro così inquadrati:

Ente/Ditta _____ con sede in _____
via _____ Tipo di contratto*: _____ o Ente/Ditta

OPERA PIA - CASA DI RIPOSO
"SAN VINCENZO DE' PAOLI"
- Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza -
Via E. Interlandi, 1 - 95049 Vizzini

Codice Fiscale 82002300877
Tel. 0933.961006

Partita IVA 02073470870
Fax 0933.966185

Sito Web: www.casariposovizzini.it
E-mail: operapia@casariposovizzini.it

PEC: casariposo_vizzini@pec.it

_____ con sede in _____ via _____
Tipo di contratto*:

- non essere persona che, considerato anche il compenso lordo previsto a carico dell'Ente a fronte dell'incarico da attribuire, percepirebbe annualmente complessivamente da Enti o organismi pubblici un compenso complessivo superiore a quello del Primo Presidente della Corte di Cassazione vigente all'atto del conferimento dell'incarico.

Alla presente domanda si allega proprio curriculum vitae anch'esso datato e sottoscritto e si allega copia del titolo di studio e iscrizione all'IPASVI.

Data _____

In fede _____

Il/la sottoscritto/a _____, autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs 196/2003

Data _____

In fede _____