

Allegato A)

Spett.le

PSG Servizi & Salute Srl

Contrada Savorgnan 11/A

33057 Palmanova

OGGETTO: Richiesta di partecipazione alla selezione pubblica finalizzata alla formazione di una graduatoria di idoneità da cui attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno o tempo parziale con qualifica di "FISIOTERAPISTA", da inserire presso la struttura residenziale per anziani "AR-DITO DESIO" di Palmanova

Il/La sottoscritto/a

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione specificata in oggetto e a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni nella presente domanda e quelle rese nei documenti eventualmente allegati sono rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e introduzioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

(barrare SEMPRE con una "X" la casella corrispondente alle dichiarazioni da effettuare, NON BARRARE LA CASELLA EQUIVALE A DICHIARAZIONE NON RESA) Scrivere in stampatello maiuscolo leggibile

DICHIARA

di essere nato/a _____ il _____

stato civile: _____ n. figli _____ e di essere residente

a _____ cap. _____ prov. _____

Via/P.zza n. _____

codice fiscale _____

telefono fisso _____ cellulare _____

indirizzo di posta elettronica: _____

indirizzo di posta Elettronica Certificata (PEC) di cui è eventualmente titolare

che il recapito al quale fare riferimento per ogni comunicazione inerente la presente procedura sarà il seguente:

mail/pec _____

cellulare _____

☐ di essere cittadino/a italiano/a;

☐ di essere (per i cittadini appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea o extracomunitario) cittadino/a dello Stato _____

☐ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini UE o extracomunitari aventi diritto);

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

☐ (oppure) di non essere iscritto/a nelle liste elettorali in quanto

☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza;

☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

☐ (oppure) di aver riportato condanne penali o avere i seguenti procedimenti penali in corso:

☐ di non essere incorso nella inflizione di sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine professionale di appartenenza;

☐ (oppure) di essere incorso nella inflizione delle seguenti sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine professionale di appartenenza o avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso:

☐ di avere l'idoneità psico-fisica alle mansioni inerenti l'impiego;

☐ di essere in possesso della patente B e di essere disponibile all'utilizzo dell'auto propria;

(TITOLO DI STUDIO NECESSARIO PER L'AMMISSIONE)

Requisiti previsti dall'art. 17 del Regolamento di cui al Decreto del Presidente della Regione n. 0144/2015 e s.m.i.:

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Fisioterapia o titolo equipollente;

Rilasciato

da _____ il _____

(SERVE ALLEGARE IL DOCUMENTO)

☐ di essere iscritto all' Ordine Fisioterapisti di _____ con il numero _____;

(NON SERVE ALLEGARE IL DOCUMENTO)

☐ di essere in possesso dei seguenti altri titoli di studio conseguiti al termine del percorso formativo **con esame finale** (NON SERVE ALLEGARE DOCUMENTI):

- Diploma o attestato di _____ rilasciato da _____
di (città) _____ il _____
della durata di ore _____
- Diploma o attestato di _____ rilasciato da _____
di (città) _____ il _____
della durata di ore _____
- Diploma o attestato di _____ rilasciato da _____
di (città) _____ il _____
della durata di ore _____

☐ di aver prestato i seguenti servizi uguali o compatibili con quanto richiesto dal presente avviso:

(COMPILARE LA TABELLA CHE SEGUE IN OGNI SUA PARTE FORNENDO TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE):

ESPERIENZE MATURATE CON LA QUALIFICA DI FISIOTERAPISTA PRESSO RESIDENZE PER ANZIANI PUBBLICHE E/O PRIVATE

COLONNA A DATORE DI LAVORO sia esso pubblico o privato (indicare anche la città)	COLONNA B PERIODO DAL _____ AL _____ = NUMERO MESI (ARRONTON- DATO PER DIFETTO)	COLONNA C % ore lavorate (ES. FULL TI- ME=100%; PART TIME= 50%, 60%, 70%, ecc.)	Mansioni svolte e tipologia contrattuale (es. contratto a tempo indeterminato o deter- minato, co.co.co., prestazione occasionale, ecc. In caso di pubblico impiego specificare il livello e la cate- goria di inquadramento

ESPERIENZE MATURATE CON LA QUALIFICA DI FISIOTERAPISTA PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE-SANITARIE PUBBLICHE E/O PRIVATE

COLONNA A DATORE DI LAVORO sia esso pubblico o privato (indicare anche la città)	COLONNA B PERIODO DAL _____ AL _____ = NUMERO MESI (ARRONTON- DATO PER DIFETTO)	COLONNA C % ore lavorate (ES. FULL TIME=100%; PART TIME=50%, 60%, 70%, ecc.)	Mansioni svolte e tipologia contrattuale (es. contratto a tempo indeterminato o determinato, co.co.co., prestazione occasionale, ecc. In caso di pubblico impiego specificare il livello e la categoria di inquadramento

☐ di aver diritto in quanto beneficiario della legge 104/1992 all'ausilio

di: _____

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa Privacy pubblicata nel sito unitamente all'avviso di selezione inerente il trattamento dei dati personali per le finalità specificate nell'Avviso ai sensi del regolamento (UE) 679/2016;

Il sottoscritto/a allega alla presente domanda quanto segue:

- documento di identità in corso di validità (specificare la tipologia) rilasciato da _____ in corso di validità (allegato obbligatorio ai fini della validità delle dichiarazioni rese);
- Curriculum formativo e professionale (allegato obbligatorio e aggiornato alla data di sottoscrizione della presente);
- Titolo di qualifica di Fisioterapista;
- Attestati di formazione obbligatoria relativi al settore per il quale viene presentata la seguente domanda (allegare fotocopia attestati: primo soccorso, prevenzione incendi, sicurezza sul lavoro, ecc.).

Di accettare sin d'ora che per motivi eccezionali, legati a situazioni contingibili ed urgenti, la sede di servizio possa essere temporaneamente altra Struttura gestita da PSG Servizi & Salute s.r.l..

Luogo e data _____

Firma leggibile del dichiarante

