

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE  
COMPARATIVA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI  
INFERMIERE PRESSO I CENTRI SERVIZIO DELL'AZIENDA**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ p.Iva \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali di infermiere presso i Centri Servizio dell'Azienda.  
A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI  SI  
 NO

CONDANNE PENALI  SI (quali) \_\_\_\_\_  
 NO

PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO  SI (quali) \_\_\_\_\_  
 NO

TITOLO \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ STUDIO \_\_\_\_\_

rilasciato dall'Università degli studi di \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

- Iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di aver preso visione dell'avviso pubblico della presente selezione;
- di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di aver maturato un'esperienza lavorativa di almeno un anno risultante dal curriculum presso strutture socio assistenziali, sanitarie, socio-sanitarie;
- di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;
- che all'atto di stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi<sup>1</sup>;

<sup>1</sup> Da barrare, ove non già in possesso di partita IVA per l'esercizio della libera professione

- di essere in possesso dell'attestazione relativa al corso Antincendio rischio alto, Primo Soccorso e BLS (o impegno a conseguirli in seguito alla stipula del contratto di incarico);
- di essere in possesso di idoneità fisica all'impiego
- di non trovarsi in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna;
- di non essere stato collocato/a in quiescenza.

\_l\_ sottoscritt\_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allegano i seguenti documenti:

- copia firmata di documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità
- curriculum vitae
- dichiarazione sostitutiva (All. B)