



Al Direttore Generale  
del Policlinico Riuniti  
Viale Luigi Pinto  
**71122** **FOGGIA**

**Da inviare entro e non oltre le ore 12,00 di lunedì 10 MAGGIO 2021 al seguente indirizzo pec:**

[emergenzainfermieri21@ospedaliriunitifoggia.it](mailto:emergenzainfermieri21@ospedaliriunitifoggia.it)

con l'indicazione del seguente oggetto: **“Manifestazione di interesse per incarico INFCOV-21”**

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_\_\_ a partecipare all'avviso di selezione urgente per il conferimento di incarico a tempo determinato della durata di anni uno, nel profilo di C.P.S. -infermiere, in area covid-19.

**A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi delle dichiarazioni mendaci:**

- di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
- di essere cittadin\_\_\_ italian\_\_(se diversa, specificare di quale Stato membro dell'Unione Europea: \_\_\_\_\_, o di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
  - familiare di cittadini dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
  - titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
  - titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.
- di essere iscritt\_\_\_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi);
- di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo, indicare le condanne riportate);
- di essere in possesso della laurea in Scienze Infermieristiche, conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine Provinciale Infermieri;
- di non essere stato destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere idoneo alle funzioni relative alla posizione funzionale da rivestire o che non sussistono prescrizioni limitative alle stesse;
- di essere disponibile ad assumere servizio con immediatezza;
- di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica:  
\_\_\_\_\_
- di indicare il seguente recapito telefonico cellulare:  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

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