**REGIONE CAMPANIA**
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE CPS INFERMIERE

Al Direttore Generale
ASL Avellino
protocollo@pec.aslavellino.it

Oggetto: SRG1610

il/la sottoscritto/a_____

nato/a_____ il _____

residente in _____ Prov. _____

via _____

tel._____email_____

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura d'urgenza volta ad acquisire MANIFESTAZIONE DI INTERESSE per il reclutamento di personale CPS Infermiere per il potenziamento dei Centri Vaccinali dell'ASL Avellino al fine di assicurare le attività afferenti alla Campagna Vaccinale anti-covid 19

A tal fine dichiaro, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di essere in possesso dei seguenti requisiti generali di ammissione:

- di godere dei diritti civili e politici;
- di ESSERE / NON ESSERE stato destituito o dispensato all'impiego presso una Pubblica Amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non avere subito condanne penali relative a reati contro la pubblica amministrazione;

2) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

- Diploma universitario/laurea in infermieristica conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3 , del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502, e successive modificazioni, ovvero i titoli riconosciuti equipollenti ai sensi del D. M. Sanità 27/07/2000
  conseguito in data_____
  Università/ Ente presso il quale ha conseguito il titolo_____
  _____

- iscrizione al relativo ordine professionale
  n. _____
  della provincia di _____
  in data _____

il sottoscritto chiede di ricevere ogni comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo

email _____
pec _____

DICHIARO ALTRESI' DI ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA DI PARTECIPAZIONE:

¤ documento di identità in corso di validità

DATA

_____

FIRMA

_____