**ALLEGATO A**

**SCHEMA DI DOMANDA**

**ALLA DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA**

**AZIENDA USL DI FERRARA**

**VIA CASSOLI 30 – 44121 - FERRARA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione all'avviso per acquisire manifestazioni di interesse per partecipare al **corso formativo per la figura di Infermiere di Famiglia e Comunità**

**C** **H** **I** **E** **D** **E**

di essere ammesso/a al Corso Formativo per Infermiere di Famiglia e di Comunità

Al tal fine dichiara ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000 di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione e precisamente:

Di essere dipendente dell’Azienda USL di Ferrara con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo professionale di collaboratore professionale sanitario infermiere cat. D e DS;

Aver superato il periodo di prova

Il/La sottoscritto/a inoltre **allega la seguente documentazione**:

**Curriculum Vitae**

**Attività formativa con conseguimento ECM nell’Azienda USL di Ferrara**

**Pubblicazioni e Poster**

**Il sottoscritto dichiara** sotto la propria responsabilità che il contenuto di quanto riferito nella presente domanda di partecipazione, corrisponde al vero.

**Data**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***L’Amministrazione si riserva la facoltà di procedere alle verifiche di quanto dichiarato dal candidato nella*** ***presente domanda, prima di procedere all’applicazione della specifica graduatoria.***