

Raccomandata AR/ consegna a mani

Al Direttore Generale Azienda USL Teramo

Il/la sottoscritt\_\_: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_consapevole degli effetti derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di quanto stabilito dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

**D I C H I A R A**

* Di essere dipendente dell’Azienda USL di Teramo a tempo indeterminato nel profilo professionale di CPS Infermiere cat.D;
* Di possedere una comprovata capacità di utilizzo del personal computer ed in particolare del pacchetto Office;
* Di non essere destinatario di prescrizioni limitative dell’attività lavorativa indicata nel bando;
* Di non fruire di giorni di permesso ex lege n.104/92;
* Di essere in possesso di patente di guida di cat.\_\_\_\_ (almeno B) e di non avere in corso sospensione e/o ritiro della stessa;

**CHIEDE**

Di essere assegnat\_\_ all’istituendo servizio di pre ricovero per le seguenti motivazioni:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

* Di comprendere ed accettare che l’assegnazione al servizio di pre ricovero comporterà la necessità di viaggiare (con utilizzo dell’auto aziendale) per raggiungere le 4 sedi di presidio ospedaliero nei giorni stabiliti;
* Di comprendere ed accettare che qualora il numero delle domande da parte di aspiranti fosse superiore a n.7, apposita commissione nominata dal Direttore Generale, provvederà ad individuare gli aspiranti maggiormente idonei attraverso colloquio motivazionale/professionale e prova pratica di utilizzo di personal computer.

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

**FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**