UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

UFFICIO PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

PALAZZO STORIONE - RIVIERA TITO LIVIO 6

35123 - PADOVA

**PROCEDURA COMPARATIVA DI *CURRICULUM* N. 2022AC1**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI**

Il/la sottoscritto/a…………….………………………………………………………..……………………….

nato/a a …………………………………………………………………. prov. ……. il ………..…..…….…

residente a …………………………………….……….………prov. ………c.a.p .………………………..

in Via ……………………………..…………………………………………………... n .……………………

afferente alla Struttura ……..…………………………………………………………………………………

tel ……………………………. fax ……………………….. e-mail ...….…………………………………….

(codice dipendente: …………... Data di prima assunzione presso l’Università: ………………………)

attualmente nella categoria e area ………………………………………………………………………….

chiede di essere ammesso/a alla procedura di ricognizione interna ai fini dell’individuazione di personale Tecnico amministrativo dell’Ateneo con la qualifica assistente sanitario o infermiere cui affidare lo svolgimento di attività di supporto presso il servizio di Medicina Preventiva dei Lavoratori Universitari, per le quali è richiesto un impegno di 6 mesi, per conto dell’Università degli Studi di Padova - Servizio di Medicina Preventiva dei Lavoratori Universitari.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere in possesso del seguente titolo di studio:

………………………………………………………………………..……….........................................conseguito il: ………………………………………………………………………………………………

presso: ………………………………………………………………………………………………….…;

1. di essere iscritto

* all’Ordine delle Professioni Infermieristiche Albo della Provincia di ……………………..
* all’Ordine TSRM e PSTRP - Albo professionale per gli Assistenti sanitari in Italia della Provincia di ……………………………………..

con il seguente numero di iscrizione: …………………….

e che lo stato di iscrizione è attualmente: ……………………………. *(indicare se attivo o sospeso)*

1. di possedere una documenta esperienza professionale nell'attività organizzativa dell’intero flusso delle prestazioni sanitarie di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti a rischi con particolare riferimento ad attività correlata alla pandemia da SARS-COV-2 (es. gestione del Contact Tracing ed organizzazione di sorveglianza attiva mediante tamponi) (come da curriculum allegato);
2. che quanto dichiarato nel *curriculum* allegato corrisponde al vero.

È a conoscenza che, ai sensi del D.L.vo n. 30.6.2003, n. 196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

telefono n. ………………………………………………

indirizzo e-mail …………………………………………..

Allega:

* autorizzazione del proprio Responsabile di Struttura
* *curriculum vitae* datato e firmato;
* fotocopia di un documento di riconoscimento.

data …………………………………

firma………………………………..…………….

**SPAZIO PER L’AUTORIZZAZIONE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA**

Il sottoscritto ………………………………………………………responsabile della struttura di afferenza del/la dott./dott.ssa/.…………………………………………………………………….

autorizza l’assegnazione del dipendente per un periodo di 6 mesi per n. 4 ore settimanali, presso il SERVIZIO DI MEDICINA PREVENTIVA DEI LAVORATORI UNIVERSITARI, senza ulteriore richiesta di sostituzione dello stesso.

firma e timbro

….……………………………………………..