

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
UFFICIO PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO
PALAZZO STORIONE - RIVIERA TITO LIVIO 6
35123 - PADOVA

PROCEDURA COMPARATIVA DI CURRICULUM N. 2021AC1

DOMANDA DI AMMISSIONE PER DIPENDENTI

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a prov. il
residente a prov. c.a.p
in Via n
afferre 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 di Infermiere/Assistente sanitario cui affidare lo svolgimento di attività di supporto al Servizio di Radioprotezione Medica dei Lavoratori Universitari, per le quali è richiesto un impegno di 6 mesi, per conto dell'Università degli Studi di Padova – Servizio di Radioprotezione Medica 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:;

2) 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)

- 3) di possedere una documentata esperienza professionale nell'attività organizzativa dell'intero flusso delle prestazioni sanitarie di sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti a rischi e radioesposti (come da curriculum allegato);
- 4) 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 RADIOPROTEZIONE MEDICA DEI LAVORATORI UNIVERSITARI, SENZA ULTERIORE
RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DELLO STESSO.

FIRMA E TIMBRO

.....