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 SOGGETTI ESTERNI**

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

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

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

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

chiede di essere ammesso/a alla procedura comparativa di *curriculum* ai fini dell’individuazione di n. 1 soggetto esperto 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 cittadino ………………………………………………………………………………………..;
2. CODICE FISCALE ……………………………………………………………………………………….;
3. 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. di essere dipendente di una pubblica amministrazione

 di non essere dipendente di una pubblica amministrazione

(scegliere una delle due opzioni)

1. di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni (precisare periodo e mansioni):

…………………………………………………………………………………………………………….... In caso di risoluzione diversa dalla scadenza naturale del contratto indicare i motivi della cessazione o in caso di pensionamento indicare la data di pensionamento per vecchiaia o per anzianità;

1. di aver adeguata conoscenza della lingua italiana (*in caso di cittadini stranieri*);
2. di non avere subito condanne penali che abbiano comportato quale sanzione accessoria l’incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
3. che quanto dichiarato nel *curriculum* allegato corrisponde al vero.

È a conoscenza che, ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai fini della procedura e che i dati relativi all’incarico e al prestatore saranno pubblicati sul sito di Ateneo a sensi della normativa vigente.

È a conoscenza, inoltre, che:

1. non è possibile procedere alla stipula del contratto con coloro che hanno un grado un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell’Ateneo;
2. non è possibile procedere alla stipula del contratto con coloro che si trovino in condizioni di incompatibilità rispetto a quanto previsto dal cui al comma 1 dell’art. 25 della Legge n. 724/1994.

Preciso recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni:

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

telefono n. ………………………..………………………

indirizzo e-mail …………………………………………..

Allega:

* *curriculum vitae* datato e firmato;
* fotocopia di un documento di riconoscimento;

data …………………………………

 firma ………………………………..…………….