**ALLEGATO A**

**SCHEMA DI DOMANDA**

**DIREZIONE ASSISTENZIALE**

**AZIENDA USL – AOU FERRARA**

[**selezioni.dit@ausl.fe.it**](mailto:selezioni.dit@ausl.fe.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**di essere inserito nell’elenco del personale disponibile alla chiamata per Prestazioni Aggiuntive correlata alla riduzione dei tempi di attesa**

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: *barrare le caselle corrispondenti*

* Di essere dipendente:
* Azienda USL di Ferrara
* Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara;
* Di essere inquadrato nel profilo di Infermiere;
* Di aver superato il periodo di prova;
* Essere assegnato alle Piattaforme Blocchi Operatori di uno dei seguenti Ospedali:
  + Cona
  + Lagosanto
  + Cento

**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.***