Allegato A) – Schema di domanda

Spett.le
Servizi alla Persona Alpago Longarone Zoldo a.s.c.
Via B. Larese, 6 – 32013 Longarone (BL)
PEC: aziendalz@pec.it

Oggetto: manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi professionali – profilo di:

☐ Infermiere

☐ Operatore socio sanitario.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il __ / __ / _____, C.F. _____, residente in _____, P. IVA n. _____, tel. _____, e-mail _____, PEC _____,

CHIEDE di essere inserito/a nell'elenco dei professionisti per il profilo sopra indicato e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA sotto la propria responsabilità:

☐ di avere la piena capacità di contrarre e di godere dei diritti civili e politici;

☐ di non aver riportato condanne penali e di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui agli artt. 94-98 del D.Lgs. 36/2023;

☐ di non trovarsi in situazioni di inconferibilità o incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013 né nella condizione di cui all'art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001;

☐ di essere in possesso del titolo di studio _____ conseguito presso _____ in data __ / __ / _____;

☐ di essere iscritto/a all'Albo _____ di _____ al n. _____ dal __ / __ / _____ (infermiere);

☐ di essere in possesso dell'attestato di qualifica OSS rilasciato da _____ in data __ / __ / _____ (operatore socio sanitario);

☐ di essere in possesso di partita IVA / di impegnarsi ad aprirla prima della sottoscrizione dell'incarico;

☐ di essere iscritto/a alla cassa previdenziale _____ / Gestione separata INPS e di essere in regola con i versamenti;

☐ di essere in possesso di polizza RC professionale n. _____ con _____ (ove prevista);

☐ di possedere l'idoneità psico-fisica allo svolgimento delle mansioni;

☐ di accettare integralmente le condizioni dell'avviso, compreso il compenso orario previsto per il profilo;

☐ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Disponibilità dichiarata: ☐ Zoldo — ore settimanali indicative: _____

Allega:

1. curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
2. copia di un documento di identità in corso di validità;
3. copia del titolo di studio o dell'attestato di qualifica;
4. certificazione con numero di partita iva
5. certificazione di iscrizione all'albo e assolvimento obblighi formazione continua (se dovuto);
6. Copia del certificato di assicurazione "Responsabilità civile colpa grave ambito sanitario";
7. formazione completa in materia di sicurezza dei lavoratori art. 37 D.Lgs. 81/08 – RISCHIO ELEVATO (SE POSSEDUTA)
8. formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze in attività a RISCHIO ELEVATO (SE POSSEDUTA)
9. Corso di PRIMO SOCCORSO – 12 ore (SE POSSEDUTA ad esclusione degli Infermieri)
10. informativa privacy sottoscritta.

Luogo e data _____ Firma _____