REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI PERSONALE SANITARIO
DEL COMPARTO IN QUIESCENZA
DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITÀ ASSISTENZIALE
NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE DEL VENETO
AI SENSI DELL'ART. 2 BIS DEL D.L. N. 18/2020
CONVERTITO CON L. N. 27/2020
E SECONDO IL D.L. N. 228/2021

Il/La sottoscritto/a ……..……

nato/a il ……a ……..…..……..... (Prov: ……)

residente in

indirizzo ……..……..…….. n……..……

luogo ……..……..…..…..… (Prov: ……)

codice fiscale ……...

tel ……...

cellulare ……...

mail ……..……..….

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO

E CHIEDE, in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, di essere iscritto in un elenco di *(barrare l'alternativa scelta)*

- ❒ INFERMIERI;
- ❒ ASSISTENTI SANITARI;
- ❒ TECNICI DI LABORATORIO.

Dichiara di essere disponibile a prestare attività assistenziale presso le Aziende *(indicare un'unica opzione. Nel caso di più opzioni verrà considerata solo l'Azienda scelta per prima secondo l'ordine del seguente elenco)*

- ❒ Azienda Ulss n. 1 Dolomiti
- ❒ Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana
- ❒ Azienda Ulss n. 3 Serenissima
- ❒ Azienda Ulss n. 4 Veneto Orientale
- ❒ Azienda Ulss n. 5 Polesana

- ❒ Azienda Ulss n. 6 Euganea
- ❒ Azienda Ulss n. 7 Pedemontana
- ❒ Azienda Ulss n. 8 Berica
- ❒ Azienda Ulss n. 9 Scaligera
- ❒ Azienda Ospedale - Università di Padova
- ❒ Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
- ❒ IOV - Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

☐ di essere in possesso della laurea, ovvero titolo equipollente secondo la normativa vigente, in

……..……..……...

☐ di non avere attualmente in corso rapporti di lavoro di qualunque natura (a titolo esemplificativo né come dipendente, né come libero- professionista, né come collaborazione coordinata e continuativa né come medico convenzionato) con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), o con strutture accreditate con il SSN o con strutture socio-sanitarie residenziali per anziani

☐ di essere stato collocato in quiescenza in data ..…….……..……...…..

☐ di aver maturato le seguenti esperienze professionali:

- ➢ ……..……..……..……..……..…….
  ……..……..……..……
- ➢ ……..……..……..……..……..…….
  ……..……..……..……
- ➢ ……..……..……..……..……..…….
  ……..……..……..……
- ➢ ……..……..……..……..……..…….
  ……..……..……..……

In fede _____ luogo e data _____