

ALLEGATO "1"

Alla
CROCE ROSSA ITALIANA
DIREZIONE
Comitato Regionale
Via Del cane, 9
40124 – BOLOGNA

Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco degli infermieri

Il/la sottoscritt_____ (indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nat___ il ___/___/___ a _____ (provincia di ___), residente a _____ (provincia di ___), via/piazza _____ n. ___ (c.a.p. _____) codice fiscale: ___/___/___/___, tel. _____ cell. _____

chiede

di essere iscritt___ nell'elenco dei professionisti infermieri di cui al bando approvato con la Determinazione Direttoriale n. ___24___ del ___05.02.2008___ pubblicato sul BUR Emilia Romagna, sul sito internet della Croce Rossa Italiana in data 05 03 08, presso l'Albo del Comitato Regionale CRI ed gli Albi dei Comitati Provinciali CRI della Regione.

Dichiara a tal fine:

1. di essere in possesso:

- Diploma Universitario di Infermiere o titolo definito equipollente dal D.M. Sanità del 27.07.2000;
- Diploma – Infermiere Professionale (RD. N. 2330 del 221.11.1929);
- Diploma Infermiere Professionale (DPR n. 162 del 10.03.1982).

2. di essere iscritto/a all'Albo del Collegio Infermieri della provincia di _____;

Dichiara inoltre di:

a) di essere cittadino/a italiano/a;

b) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ oppure (indicare i motivi della mancata iscrizione);

c) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____;

d) di non aver procedimenti penali pendenti a proprio carico ovvero di avere procedimenti penali pendenti a proprio carico i seguenti procedimenti penali _____

_____;

e) di trovarsi, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente _____
posizione_____;

f) di essere a conoscenza e di accettare il “Regolamento per il conferimento di incarichi di studio, ricerca, consulenza e per incarichi di collaborazione coordinata e continuativa”;

g) di autorizzare la Croce Rossa al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l’espletamento della presente procedura

Allega alla presente:

1 Diploma Universitario di Infermiere o titolo definito equipollente dal D.M. Sanità del 27.07.2000;

Diploma – Infermiere Professionale (RD. N. 2330 del 22.11.1929);

Diploma Infermiere Professionale (DPR n. 162 del 10.03.1982).

2. Certificato di iscrizione al Collegio Infermieri della provincia di_____;

3. curriculum vitae regolarmente documentato.

Il/La candidato/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono sanzionati penalmente come previsto dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive. Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo.....

Fax.....Tel.....

Cell.....

e- mail.....

Luogo e data.....

Firma