

Al Segretario Direttore  
Residenza per Anziani Giuseppe Francescon  
Borgo S. Gottardo, 44  
30026 Portogruaro (Ve)

**Domanda di partecipazione all' avviso pubblico di selezione per il conferimento di n. 2 incarichi esterni di fisioterapista con contratto di lavoro autonomo**

Il sottoscritto/a ....., nato/a .....  
il ....., e residente in ..... Cap .....  
via ..... n. .... Codice Fiscale .....  
Tel. ...../..... Cell. ....  
e-mail .....-PEC .....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di valutazione comparativa per il conferimento di n. 2 incarichi esterni di fisioterapista presso la Residenza per Anziani Giuseppe Francescon per un biennio a decorrere dal 1° gennaio 2017.

A tal fine, consapevole delle gravi responsabilità penali come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 a carico di chi rende dichiarazioni mendaci alla Pubblica Amministrazione, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara, sotto la propria responsabilità (barrare i punti che interessano):

- 1)  di essere cittadino italiano  
 di essere cittadino del seguente Stato membro della Comunità Europea \_\_\_\_\_
- 2)  di godere dei diritti civili e politici
- 3)  di essere in possesso del Diploma di Laurea in Professioni sanitarie della Riabilitazione-Fisioterapia o titolo equipollente conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
punteggio \_\_\_\_\_;  
nel caso di diploma di Laurea conseguito all'estero, indicare gli estremi del provvedimento attestante l'equipollenza \_\_\_\_\_
- 4)  di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- 5)  di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- 6)  di essere in possesso di partita iva o di impegnarsi ad aprire la partita iva entro la data di stipula del contratto;
- 7)  di essere fisicamente idoneo all'incarico;
- 8)  di possedere comprovata esperienza in contesti organizzati per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie e riabilitative a favore di anziani e disabili e precisamente:

Periodo	Struttura	Incarico

- 9)  di eleggere domicilio presso il quale devono, ad ogni effetto, essere rivolte le comunicazioni relative alla presente selezione (da compilare solo se diverso dalla residenza) in

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

- 
- 10)  di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi della D.Lgs. n. 196/2003
- 

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Allegati:

- fotocopia documento di identità (qualora necessaria)
- curriculum formativo e professionale datato e firmato. Il contenuto del curriculum vitae viene dichiarato conforme a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000