**FAC SIMILE DI DOMANDA AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DI N. 20 INCARICHI DI ISTRUTTORE DEI CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE AZIENDALI (BLSD) DA TRASMETTERE TRAMITE P.E.C.**

 Al Direttore Generale

 dell’A.S.S.T. Brianza

SEDE

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### C H I E D E

di essere ammesso a partecipare all’**avviso interno per il conferimento di n. 20 incarichi di istruttore dei corsi di rianimazione cardiopolmonare aziendali (BLSD).**

Dichiara sotto la propria responsabilità, anche ai fini di quanto previsto dal D.P.R. n.445/00:

1. Essere in servizio a tempo indeterminato nel profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere (Cat. D);
2. Avere superato favorevolmente il periodo di prova;
3. Essere in possesso di certificazione BLSD o ACLS adulti per sanitari in corso di validità;
4. Essere in servizio in una U.O. del Dipartimento Emergenza Urgenza dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. Di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi;
6. Altre eventuali dichiarazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Di non avere limitazioni o prescrizioni incompatibili con la funzione da ricoprire.

Il/la sottoscritt\_ allega alla presente il curriculum formativo e professionale debitamente datato e sottoscritto;

Chiede inoltre che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente indirizzo:

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicazione area di preferenza (barrare 1 o più caselle):

□ Ambito territoriale di Carate

□ Ambito territoriale di Desio

□ Ambito territoriale di Vimercate

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_