

**DOMANDA DI AMMISSIONE
ATTIVITA' ASSISTENZIALE DI SUPPORTO ALL'ALPI PRESSO IL
SEGRETARIATO GENERALE DELLA PRESIDENZA DELLA
REPUBBLICA**

Policlinico Tor Vergata

UOC DIREZIONE INFERMIERISTICA

Sede

Il/La sottoscritto/a **COGNOME** _____ **NOME** _____

CELL. _____ **e-mail:** _____ **@** _____

DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA, in servizio presso _____

(N.B. scrivere stampatello CHIARO e LEGGIBILE perché le comunicazioni avverranno esclusivamente via mail)

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALL'AVVISO INTERNO RISERVATO AL PERSONALE INFERMIERISTICO DEL POLICLINICO TOR VERGATA PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI **ATTIVITA' EXTRAORARIA** PER LE ESIGENZE ASSISTENZIALI, ESPRESSAMENTE RICHESTE DALLA PRESIDENZA DEL SEGRETARIATO GENERALE DELLA PRESIDENZA DELLA REPUBBLICA. A tal fine, ai sensi degli artt. 46/47 D.P.R. 445 e smi, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e mendaci **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE:**

DI ESSERE DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA DAL:	
CON QUALIFICA DI:	
NATURA RAPPORTO¹:	
ATTUALMENTE ASSEGNATO/A PRESSO²:	
CERTIFICAZIONE BLS/BLSD IN CORSO DI VALIDITA'	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TURNAZIONE H24³	<input type="checkbox"/>
TURNAZIONE H12/H6³	<input type="checkbox"/>
DI NON BENEFICIARE DI ISTITUTI NORMATIVI/CONTRATTUALI CHE COMPORINO LA RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO⁴	<input type="checkbox"/>

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ DI ACCETTARE SENZA RISERVA LE CONDIZIONI E LA DISCIPLINA DI CUI ALL'AVVISO INTERNO.

Luogo e data _____

In fede _____

¹ Indicare se a tempo indeterminato o a tempo determinato

² Indicare attuale struttura di assegnazione

³ Barrare tipologia di turnazione

⁴ Barrare requisito accesso