



**Tec. "Paolini" – Prof. "Cassiano da Imola"**

Sede Centrale: Via Guicciardini, 2 - 40026 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 Fax 0542 27357

Sede Cassiano da Imola: Via Ariosto 1/C Tel. 0542 25751/613559

Cod. Fiscale: 90032210370

Codice Meccanografico: BOIS012005

CUF: UFZNX9

Allegato 2

**DOMANDA PARTECIPAZIONE SELEZIONE ESPERTO ESTERNO IN SCIENZE  
INFERMIERISTICHE PER DOCENZE DI IGIENE, ANATOMIA, FISILOGIA E CULTURA MEDICO  
SANITARIA INERENTI IL CORSO SPERIMENTALE OSS**

Al Dirigente Scolastico  
IIS PAOLINI-CASSIANO

**Dati personali:**

Cognome e nome:	
Data di nascita:	
Luogo di nascita: (Comune, Provincia, Stato)	
Nazionalità:	
Codice fiscale:	
Luogo di residenza: (Comune, Provincia, Stato)	
Luogo di domicilio: (Comune, Provincia, Stato)	
Recapito telefonico:	
Recapito e-mail:	

**Chiedo di essere ammesso alla procedura di selezione relativa al conferimento di incarico per docenze di igiene, anatomia, fisiologia, cultura medico sanitaria inerenti il corso sperimentale OSS e mi impegno fin d'ora ad accettare incondizionatamente l'orario proposto dall'istituto.**

Quadro A - Dichiaro di essere in possesso dei titoli seguenti attinenti l'incarico oggetto di selezione:

Titoli di studio	Soggetto erogatore	Luogo	Data conseguimento	VOTAZIONE



**Tec. "Paolini" – Prof. "Cassiano da Imola"**

Sede Centrale: Via Guicciardini, 2 - 40026 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 Fax 0542 27357

Sede Cassiano da Imola: Via Ariosto 1/C Tel. 0542 25751/613559

Cod. Fiscale: 90032210370

Codice Meccanografico: BOIS012005

CUF: UFZNX9

Allegato 2

**DOMANDA PARTECIPAZIONE SELEZIONE ESPERTO ESTERNO IN SCIENZE  
 INFERMIERISTICHE PER DOCENZE DI IGIENE, ANATOMIA, FISIOLOGIA E CULTURA MEDICO  
 SANITARIA INERENTI IL CORSO SPERIMENTALE OSS**

*Quadro B - Servizio in qualità di infermiere in ambito sanitario pubblico (Punti 3 per ogni anno fino ad un massimo di 30 punti):*

anno	STRUTTURA PUBBLICA	LUOGO

*Quadro B - Servizio in qualità di infermiere in ambito sanitario pubblico con incarico di coordinamento (Punti 5 per ogni anno fino ad un massimo di 10 punti)*

anno	STRUTTURA PUBBLICA	LUOGO

*Quadro B - Insegnamento nella formazione infermieristica di base regionale/universitaria (Punti 1 per ogni esperienza di insegnamento fino ad un massimo di 10 punti)*

PERIODO DI SVOLGIMENTO	DESCRIZIONE ATTIVITA'	Ente erogatore corso/formazione

*Quadro B - Dichiaro che l'offerta economica per ora di docenza è pari a €.* \_\_\_\_\_  
 (omnicomprensivo di ogni ritenuta di legge e degli oneri a carico Istituto Scolastico)



**Tec. "Paolini" – Prof. "Cassiano da Imola"**

Sede Centrale: Via Guicciardini, 2 - 40026 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 Fax 0542 27357

Sede Cassiano da Imola: Via Ariosto 1/C Tel. 0542 25751/613559

Cod. Fiscale: 90032210370

Codice Meccanografico: BOIS012005

CUF: UFZNX9

Allegato 2

**DOMANDA PARTECIPAZIONE SELEZIONE ESPERTO ESTERNO IN SCIENZE  
INFERMIERISTICHE PER DOCENZE DI IGIENE, ANATOMIA, FISIOLOGIA E CULTURA MEDICO  
SANITARIA INERENTI IL CORSO SPERIMENTALE OSS**

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver preso visione dell'avviso prot. n. 19436 del 18/12/2019 e di possedere i seguenti requisiti:

- ✓ Cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini gli italiani non appartenenti alla Repubblica), ovvero cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- ✓ Età non inferiore a 23 anni;
- ✓ Idoneità fisica all'impiego;
- ✓ Godimento dei diritti inerenti l'elettorato politico attivo;
- ✓ Non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso.
- ✓ Non essere stati destituiti dall'impiego presso pubblica amministrazione;
- ✓ possedere tutti i requisiti previsti dal bando e tutti i titoli, le competenze e le esperienze lavorative dichiarate nella domanda

Ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7.2.1994, n.174, i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea devono, inoltre, possedere i seguenti requisiti:

- ✓ Godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza;
- ✓ Essere in possesso di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica italiana;
- ✓ Avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016, avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge e saranno trattati al solo fine dell'esecuzione dello svolgimento delle attività istituzionali, e comunque, destinati esclusivamente alle persone o agli Istituti in indirizzo. La loro diffusione (dati personali), distribuzione e/o copiatura da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è proibita.

Di acconsentire che tutti i dati che lo/la riguardano vengano utilizzati per gli adempimenti connessi alla piena attuazione del rapporto e trattati nei termini previsti dal citato Decreto e nel contempo di essere a conoscenza che:

1. I dati forniti sono finalizzati alla costituzione di un archivio degli utenti registrati all'archivio dell'Istituto. Il suddetto archivio è gestito con l'ausilio di strumenti informatici, trattando i dati ai soli fini amministrativi riservati in ambito MIUR;

2. può in qualsiasi momento avvalersi della facoltà di esercizio dei seguenti diritti:

- ✓ Cancellazione e/o blocco dei dati;
- ✓ Aggiornamento, rettifica ed integrazione dei dati (comunque sempre permessa agli stessi utenti registrati);
- ✓ Opposizione al trattamento dei dati che lo/la riguardano per trattamenti diversi da quanto specificato nel punto 1.

Di essere a conoscenza che per richieste e/o consultazione dell'elenco dei Responsabili e Incaricati del trattamento può scrivere a: [BOIS012005@ISTRUZIONE.IT](mailto:BOIS012005@ISTRUZIONE.IT)

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_