

## DOMANDA DI AMMISSIONE

AL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AGENZIA REGIONALE PER LA  
PROTEZIONE DELL'AMBIENTE  
DELLA VALLE D'AOSTA  
LOC. LA MALADIERE, 48  
11020 SAINT-CHRISTOPHE AO

[protocollo@arpa.vda.it](mailto:protocollo@arpa.vda.it)

[arpavda@cert.legalmail.it](mailto:arpavda@cert.legalmail.it)

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME		NOME	
---------	--	------	--

ENTE DI PROVENIENZA	
INDIRIZZO	
COMUNE	
CATEGORIA	
PROFILO/CATEGORIA	
STRUTTURA ORGANIZZATIVA DI APPARTENENZA	
RAPPORTO DI LAVORO	(Tempo pieno o part time ) al _____%
TITOLO DI STUDIO	

### DATI ANAGRAFICI E CONTATTI

DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
TELEFONO			
E-MAIL			

**RESIDENTE IN**

COMUNE		CAP	
VIA/FRAZ.		N.	

**DOMICILIATO/A IN (da compilare solo se diverso dalla residenza anagrafica)**

COMUNE		CAP	
VIA/FRAZ.		N.	

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura di mobilità tra enti per la copertura di un posto vacante di Collaboratore sanitario professionale - infermiere categoria D (CCNL Sanità) presso l'organismo tecnicamente accreditante (OTA) dell'ARPA.

Qualora l'attuale rapporto di lavoro con l'amministrazione di appartenenza sia a tempo parziale esprimo la mia disponibilità alla sottoscrizione del contratto individuale con l'ARPA a tempo pieno.

**A tal fine dichiara, ammonito/a sulle responsabilità penali sancite dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nonché dagli artt. 38 e 45 della l.r. 19 2007, in caso di dichiarazione falsa o mendace, di :**

(BARRARE LE CASELLE)

- non avere riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato, né aver procedimenti penali in corso;
- non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, o in ogni caso di non trovarsi in situazioni a cui la legge ricollega una incapacità di contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;
- non avere motivi di incompatibilità previsti dalla legge o legati ad interessi di qualsiasi natura con riferimento all'oggetto dell'incarico;
- godere dei diritti civili e politici;
- di far parte dell'elettorato attivo;
- di essere idoneo alle mansioni;
- di essere/di non essere in possesso della certificazione verde COVID-19 relativa alle professioni sanitarie;

note \_\_\_\_\_

**Allega il CV in formato europeo e documento d'identità in corso di validità**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_