

Il/La sottoscritto/a DI CRISTINA GIACOMO chiede di essere ammesso/a a: "CONCORSO PUBBLICO A N. 13 POSTI DI INFERMIERE DI CUI N. 3 POSTI DESTINATI AL PRESIDIO OSP. SANTA MARTA DI RIVOLTA D'ADDA"

A tal fine, consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali, secondo quanto previsto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del suddetto decreto

## DICHIARA

### Anagrafica

Cognome e nome:

DI CRISTINA GIACOMO

Nato il:

Codice Fiscale:

*Documento di riconoscimento*

Tipo di documento:

Rilasciato il:

*Indirizzo di residenza*

Residenza:

Località:

*Eventuale indirizzo di recapito*

Recapito (presso):

Residenza:

Località:

*Contatti*

Telefono:

Mail:

### Requisiti generici

Cittadinanza: Italia

Comune di iscrizione nelle liste elettorali: ALCAMO

Condanne penali riportate: no

Procedimenti penali in corso: no

Posizione rispetto gli obblighi di leva: assolti

Destituito/dispensato/licenziato dalla P.A.: no

Necessità di ausili/tempi aggiuntivi per l'espletamento delle prove: no

Invalidità uguale o superiore all'80%: no

Data pagamento contributo: 20/08/2023

### Requisiti specifici

Militari volontari delle Forze armate congedati senza demerito al termine della ferma o rafferma: NO

Appartenenza alle categorie di lavoratori previste dalla Legge 68/99 (categorie protette): NO

Laurea: Laurea triennale in infermieristica

Università (nome, via, città) presso cui ha conseguito la laurea: UNIV STATALE DI MILANO

Data di conseguimento della laurea: 12/11/2007

Luogo ed numero di iscrizione all'Albo Professionale/Luogo inoltra domanda di iscrizione all'Albo Professionale: MILANO LO MB. N. 25509

Data di iscrizione all'Albo Professionale/Data domanda di iscrizione all'Albo Professionale: 13/11/2007

### TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO

Master universitario di 1° livello: MANAGEMENT SANITARIO PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO

conseguito presso I.U.L.M. MILANO (indirizzo: VIA CARLO BO MILANO) nel 2011 (14/04/2011) - durata legale 1 anni

### SERVIZI PRESSO ASL/PA COME DIPENDENTE

Dal 15/11/2007 al 30/11/2009

Dipendente INFERMIERE (cat. D) presso ASST SANTI CARLO E PAOLO MILANO (indirizzo VIA PIO II MILANO) (ente pubblico) - dipendente a tempo indeterminato a 36 ore/sett.

Dal 01/12/2009 al 16/06/2011

Dipendente INFERMIERE (cat. D2) presso ASST LECCO (indirizzo VIA DELL'EREMO LECCO) (ente pubblico) - dipendente a tempo indeterminato a 36 ore/sett.

Dal 16/03/2020 al 06/10/2022

Dipendente INFERMIERE (cat. D) presso ASP 6 PALERMO (indirizzo direzioneegenerale.pec@asppa.it) (ente pubblico) - dipendente a tempo determinato a 36 ore/sett. - Note: CONTRATTO COVID PER EMERGENZA NAZIONALE

Dal 01/02/2023 al 27/04/2023

Dipendente INFERMIERE (cat. D) presso ASP 9 TRAPANI (indirizzo direzione.generale@pec.asptrapani.it) (ente pubblico) - dipendente a tempo determinato a 36 ore/sett.

**ALTRE ESPERIENZE PRESSO ASL/PA**

Dal 06/10/2018 al 08/03/2020

Libero professionista - Qualifica: INFERMIERE - n. 40 ore/sett. presso humanitas research hospital (indirizzo: ROZZANO) (ente equiparato)

**SERVIZI PRESSO PRIVATI, CONVENZIONATI, ACCREDITATI**

Dal 01/09/2012 al 16/02/2016

Dipendente - Qualifica: COORDINATORE INFERMIERISTICO - n. 38 ore/sett. presso SUORE OSPEDALIERE S.B.MENNI (indirizzo: VIA ROMA 16 ALBESE CON CASSANO CO) (ente privato accreditato S.S.N.)

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura, nonché all'eventuale procedura di assunzione.

Sono consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro che le copie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi all'originale in mio possesso ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_