

Al Commissario
dell'Azienda U.L.S.S. n. 9
Via Valverde, 42

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno per il conferimento di incarichi
dirigenziali di **STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE** dell'Area
Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria), n. 8232 di prot. del 18/01/2021:

STRUTTURA		
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO	DIPARTIMENTO
<u>(Barrare l'incarico/gli incarichi per il quale/i quali si intende partecipare)</u>		
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN BONIFACIO		
	UOSD ORL	Dipartimento Chirurgico
	UOSD NEUROLOGIA	Dipartimento Internistico
	UOSD ONCOLOGIA	Dipartimento Intraaziendale Strutturale di Oncologia Clinica
	UOSD FARMACIA	Dipartimento Intraaziendale Strutturale dei Servizi
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LEGNAGO		
	UOSD MICROBIOLOGIA	Dipartimento Intraaziendale Strutturale dei Servizi
	UOSD CHIRURGIA VASCOLARE	Dipartimento Chirurgico
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLAGRANCA		
	UOSD ATTIVITA' ORTOPEDICA - BUSSOLENGO	Dipartimento Chirurgico
	UOSD NEFROLOGIA E DIALISI	Dipartimento Internistico
DIREZIONE DELLA FUNZIONE OSPEDALIERA		
	UOSD INTEGRAZIONE PERCORSI OSPEDALIERI	Direzione della Funzione Ospedaliera

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO		
	UOSD RIABILITAZIONE TERRITORIALE	Dipartimento Transmurale Strutturale di Riabilitazione Ospedale Territorio
DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE		
	UOSD CERRIS	Direzione della Funzione Territoriale

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

Dichiara

sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato/a a _____, il _____, e di risiedere a _____, (____) CAP _____, in via _____, n. _____;
2. di essere dipendente presso questa AULSS a tempo indeterminato nel profilo professionale _____ di _____ Dirigente _____;
3. di essere in possesso di un'anzianità complessiva di servizio nel profilo richiesto non inferiore a 5 anni;
4. di aver superato con esito positivo le verifiche effettuate dal collegio tecnico di cui all'art. 26 del CCNL 03/11/2005;
5. di _____ essere _____ assegnato _____ presso _____ l'U.O. _____ di questa AULSS;
6. di aver prestato servizio presso Aziende U.L.S.S., Aziende Ospedaliere o altro Ente del comparto "Sanità" come indicato nel curriculum vitae allegato;
7. di accettare incondizionatamente le disposizioni del presente avviso;
8. che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde al vero.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- curriculum formativo e professionale;
- copia fotostatica di un valido documento di identità;

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura selettiva e degli adempimenti conseguenti.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

dott. _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ - Comune _____ Provincia _____
(Tel. _____ - Cell. _____ - e-mail _____)

Data _____

Firma (1)

(1) *la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione delle domande. Nel caso in cui la domanda venga spedita mediante posta elettronica certificata (PEC), alla stessa, debitamente sottoscritta nei modi stabiliti dalla vigente normativa, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità del candidato. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dall'avviso.*