

ALLEGATO 1/B - DOMANDA

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso 02/11/2021 n. 194287 di prot.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno per il conferimento di incarichi
quinquennali dirigenziali di STRUTTURA SEMPLICE della Dirigenza Area Sanità,
n. 194287 di prot. del 02/11/2021:

DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE		
U.O.C. DI RIFERIMENTO		
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO	DIPARTIMENTO
(Barrare l'incarico/gli incarichi per il quale/i quali si intende partecipare)		
UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE		
	UOS GOVERNO DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA	
	UOS RICERCA CLINICA E VALUTAZIONE DEI FARMACI	
	UOS AUTORIZZAZIONE E VIGILANZA FARMACIE E MAGAZZINI	
DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE		
	UOS ATTIVITA' SPECIALISTICA	
U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE		
	UOS ASSISTENZA PROTESICA	
STAFF DIREZIONE SANITARIA		
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO	DIPARTIMENTO
(Barrare l'incarico/gli incarichi per il quale/i quali si intende partecipare)		
DIREZIONE SANITARIA		
	UOS NUCLEO AZIENDALE DI CONTROLLO	
	UOS RISK MANAGEMENT	
	UOS OSSERVATORIO INFETTIVOLOGICO AZIENDALE	

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.