

ALLEGATO 1/B - DOMANDA

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso _____ n. _____ di prot.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 2 per il conferimento di incarichi
quinquennali dirigenziali di STRUTTURA SEMPLICE della Dirigenza Area Sanità
n. 213455 di prot. del 25/11/2021

(Barrare l'incarico/gli incarichi per il quale/i quali si intende partecipare)

DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN BONIFACIO	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
UOC CHIRURGIA GENERALE	
	UOS VIDEOLAPAROSCOPIA E CHIRURGIA MININVASIVA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO
UOC ORTOPEDIA	
	UOS DAY SURGERY AMBULATORIALE AREA CHIRURGICA
UOC UROLOGIA	
	UOS CHIRURGIA MININVASIVA
DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI LEGNAGO	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
UOC CHIRURGIA GENERALE	
	UOS CHIRURGIA MININVASIVA E A INDIRIZZO ONCOLOGICO
UOC UROLOGIA	
	UOS CHIRURGIA MININVASIVA E A INDIRIZZO ONCOLOGICO
UOC OCULISTICA	
	UOS OCULISTICA PRESSO OSPEDALE DI SAN BONIFACIO
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	
	UOS CHIRURGIA DELLA TIROIDE

DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLAGRANCA	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
UOC CHIRURGIA GENERALE	
	UOS CHIRURGIA MININVASIVA E A INDIRIZZO ONCOLOGICO
UOC UROLOGIA	
	UOS CHIRURGIA MININVASIVA E A INDIRIZZO ONCOLOGICO
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	
	UOS PATOLOGIE DEGENERATIVE E NEOPLASTICHE

DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	
	UOS RICERCA CLINICA E VALUTAZIONE DEI FARMACI
STAFF DIREZIONE SANITARIA	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
DIREZIONE SANITARIA	
	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.*