

ALLEGATO 1/B - DOMANDA

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso 20/09/2022 n. 186858 di prot.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 16 per il conferimento di incarichi
quinquennali dirigenziali di STRUTTURA SEMPLICE della Dirigenza Area Sanità - n.
186858 di prot. del 20/09/2022.

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

DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI LEGNAGO	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. ORTOPEDIA CENTRO TRAUMA AULSS 9	
	UOS CHIRURGIA MINI-INVASIVA E ARTROSCOPICA

DIPARTIMENTO CHIRURGICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN BONIFACIO	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. ORTOPEDIA	
	UOS WEEK SURGERY ORTOPEDIA

DIPARTIMENTO INTERNISTICO PRESIDIO OSPEDALIERO DI SAN BONIFACIO	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. CARDIOLOGIA	
	UOS ELETTROFISIOLOGIA CLINICA ED INTERVENTISTICA

DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE MATERNO INFANTILE	
U.O.C. DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA DI VILLAGRANCA	
	UOS PERCORSO NASCITA

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.*