

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso prot. n. 213027 del 04/12/2025.

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 6/2025 per il conferimento di incarichi
dirigenziali di **ALTISSIMA PROFESSIONALITA' ARTICOLAZIONE INTERNA DI UOC**
("Altissima UOC") dell'Area Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria), n. 213027 di prot.
del 04/12/2025:

(Barrare gli incarichi per il quali si intende partecipare)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DEI SERVIZI	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA SAN BONIFACIO	
	DIAGNOSTICA ISTOPATOLOGICA DELLA MAMMELLA
U.O.C. LABORATORIO ANALISI LEGNAGO	
	DIAGNOSTICA CENTRALIZZATA CORELAB E REFERENTE GESTIONE QUALITA'
DIPARTIMENTO INTERNISTICO LEGNAGO	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. GERIATRIA	
	OSTEOPOROSI
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA	
	ENDOSCOPIA OPERATIVA NELLO SCREENING DI POPOLAZIONE PER IL CANCRO COLONRETTALE

DIPARTIMENTO INTERNISTICO SAN BONIFACIO	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. MEDICINA GENERALE	
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN MEDICINA INTERNA

DIPARTIMENTO INTERNISTICO VILLAFRANCA	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. GERIATRIA	
	STUDIO E CURA DELLE ANEMIE, DELL'EMOSTASI E DELLA TROMBOSI
U.O.C. CARDIOLOGIA	
	COORDINAMENTO E GESTIONE LABORATORIO DI ECOGRAFIA VASCOLARE ED ECOCARDIOGRAFIO
UOSD. NEFROLOGIA E DIALISI	
	RESPONSABILE DELL'AMBULATORIO MAREA (MALATTIA RENALE AVANZATA)

DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. UOS ATTIVITA' SPECIALISTICA	
	CUP MANAGER, COORDINAMENTO DELLA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
U.O.C. CURE PRIMARIE DISTRETTO 1- 2	
	PATTI AZIENDALI DELLA MEDICINA GENERALE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E CONTARATTI DI ESERCIZIO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE ANALISI FLUSSO DATI DI ATTIVITA' E MONITORAGGIO
	SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE IN COERENZA CON IL DM 77/2022 MISSIONE 6 SALUTE- RETI DI PROSSIMITA', CASE DELLA COMUNITA', COT, INTEGRAZIONE CON GLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI (ATS)
U.O.C. CURE PRIMARIE DISTRETTO 3	
	SVILUPPO E CONTROLLO DELLE CURE DOMICILIARI E EXTRA-OSPEDALIERE (RESIDENZIALITA' E SEMI-RESIDENZIALITA' PER ANZIANI)

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. PSICHIATRIA 2	
	COORDINAMENTO CSM DOMEGLIARA E CSM ISOLA D/S E REFERENTE CSM DOMEGLIARA
U.O.C. PSICHIATRIA 3	
	COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE DEI SPDC DELLA UOC PSICHIATRIA 3 ED INTEGRAZIONE CON I SPDC DEL DSM

STAFF DIRETTORE GENERALE	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (da barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
DIRETTORE GENERALE	
	MEDICO COMPETENTE DEL DISTRETTO AZIENDALE DI APPARTENENZA CON INOLTRE FUNZIONI DI COORDINAMENTO AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008

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 _____ in servizio presso _____;
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. 57 del CCNL 19/12/2019;
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.*