

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

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 1/2024 per il conferimento di incarichi
dirigenziali Professionali di consulenza studio e ricerca, ispettivo, di verifica e di
controllo ad elevata complessità ("Studio, Ricerca, Verifica, Controllo ad Elevata
Complessità") dell'Area Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria), n. 60965 di prot. del
11/04/2024:

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

DIPARTIMENTO INTERNISTICO DI LEGNAGO	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
U.O.C. MEDICINA GENERALE	
	PRATICHE INFUSIONALI E TRASFUSIONALI
	PATOLOGIE COMPLESSE IN MEDICINA INTERNA
	MALATTIE REUMATICHE
	STUDIO E TRATTAMENTO IPERTENSIONE ARTERIOSA
	STUDIO E TRATTAMENTO MALATTIE ENDOCRINE
U.O.C. CARDIOLOGIA	
	SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO
	DIAGNOSTICA NON INVASIVA
	IMPIANTO E MONITORAGGIO DEVICES IN TELEMEDICINA
	TERAPIA INVASIVA STRUTTURALE CARDIOLOGICA

	CARDIOPATIA ISCHEMICA, DIAGNOSI E TERAPIA INVASIVA
	DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA PER IMMAGINI E MALATTIE CARDIOLOGICHE RARE
	CARDIOLOGIA PEDIATRICA
	CUORE POLMONARE E IPERTENSIONE POLMONARE: DIAGNOSI E GESTIONE TERAPEUTICA
U.O.C. NEUROLOGIA	
	DECADIMENTO COGNITIVO E DEMENZE
	SCLEROSI MULTIPLA
	NEUROONCOLOGIA E DISORDINI DEL MOVIMENTO
	EPILESSIA
U.O.C. GERIATRIA	
	PATOLOGIE NEUROPSICOCOGNITIVE DELL'ANZIANO
	TERAPIA DEL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO
	PATOLOGIE SONNO-CORRELATE DELL'ANZIANO
U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI	
	ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI
	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA	
	MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI
	MALATTIA CELIACA ED ENDOSCOPIA CON VIDEOCAPSULA

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. 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.*