

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione Avviso prot. n. 7955 del 16/01/2025.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
chiede di essere ammesso/a all'Avviso interno n. 9/2024 per il conferimento di incarichi  
dirigenziali **PROFESSIONALI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE** ("Alta Specializzazione")  
dell'Area Sanità (Dirigenza Medica e Sanitaria), n. 7955 di prot. del 16/01/2025:

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

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
UOC DI RIFERIMENTO	
DOMANDA (barrare)	DENOMINAZIONE INCARICO
UOC RADIOLOGIA SAN BONIFACIO	
	<i>IMAGING CARDIACO</i>
	<i>IMAGING PELVICO</i>
	<i>IMAGING ECOGRAFICO : QUALITA' E RISCHIO CLINICO</i>
	<i>IMAGING ED INTERVENTISTICA TC</i>
U.O.C. RADIOLOGIA VILLAGRANCA	
	<i>IMAGING FEMMINILE E TIROIDEO</i>
	<i>IMAGING MEDIANTE RADIOLOGIA CONVENZIONALE E DI TERRITORIO</i>
	<i>IMAGING PEDIATRICO</i>
	<i>IMAGING VASCOLARE DEL COLLO</i>
U.O.C. RADIOLOGIA LEGNAGO	
	<i>IMAGING EMERGENZE E URGENZE</i>
	<i>IMAGING ONCOLOGICO E INTERVENTISTICA EXTRAVASCOLARE</i>

U.O.S.D. BREAST UNIT	
	IMAGING DI SENOLOGIA CLINICA E DI SCREENING MAMMOGRAFICO

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 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.*