

**AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA
Via Ravona n. 20
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

di poter partecipare all'avviso interno per il conferimento di incarichi di funzione – incarichi di coordinamento e incarichi professionali - afferenti all'U.O.C. D.A.P.S.S. e precisamente per gli incarichi relativi al/i seguente/i valore/i economico/i:

- €. 7.000,00;
- €. 6.000,00;
- €. 5.000,00;
- €. 3.500,00;
- €. 1.700,00.

Si precisa che è possibile candidarsi al massimo per sole due fasce di valore economico tra quelle sopra elencate.

	Indennità d'incarico
1	€. _____ (_____/00)
2	€. _____ (_____/00)

N.B. è necessario indicare soltanto il valore economico dell'indennità d'incarico senza la denominazione dello stesso, si ricorda, infatti, che la proposta di assegnazione dell'incarico tra quelli a bando appartenenti alla medesima fascia economica verrà definita dalla commissione.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

- 1.** ☐ di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda con la qualifica di:

a decorrere dal _____

- 2.** ☐ di essere nato/a a _____ (prov. di _____)

il _____

3. ☐ di essere residente in _____

_____ (prov. di _____) C.A.P. _____
Via _____ n. _____ Tel. _____

4. ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

5. ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

6. ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
ovvero
☐ di avere subito le seguenti condanne penali _____
☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____
presso il Tribunale di _____

7. ☐ di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

8. ☐ di essere iscritto/a all'albo / ordine professionale _____ di _____ al n. _____

9. ☐ di essere in possesso di almeno _____ anni di esperienza professionale nella categoria D o DS del medesimo profilo professionale, quale dipendente dell'A.S.S.T. Lariana o di altra azienda o ente pubblico del comparto sanità;

10. ☐ di non avere subito l'applicazione della sanzione disciplinare della sospensione dal servizio, pari o superiore a cinque giorni, nei due anni precedenti alla data di scadenza del presente avviso;

11. ☐ di aver prestato i servizi come specificati nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda la quale costituisce parte integrante della stessa;

12. ☐ che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dall'avviso interno per il conferimento di incarico di funzione ed in particolare, ai sensi dell'art 14 comma 5 del Regolamento aziendale, che "nel caso in cui sia contemporaneamente aperto più di un bando interno ciascun interessato potrà candidarsi solo a due bandi".

Il/la sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation).

Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ (_____)

PEC (intestata al sottoscritto) _____

Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445
--

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate
--

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____ rilasciato il _____ da _____
--