

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ **(prov. di** _____ **)**
il _____ **e residente in** _____
_____ **(prov. di** _____ **) C.A.P.** _____
Via _____ **n.** _____ **Tel.** _____

C H I E D E

di poter partecipare all'avviso di selezione interna per il conferimento di incarico di durata quinquennale

di n. 1 posto di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Distretto:

- ☐ di Como – Campione d'Italia
- ☐ di Cantù – Mariano Comense
- ☐ di Lomazzo – Fino Mornasco
- ☐ del Medio Lario

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 con la qualifica di _____

_____ presso

- ☐ Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana
- ☐ Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria

2. ☐ di avere un'esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni, maturati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, prestati con o senza soluzione di continuità

3. ☐ di aver conseguito nell'ultimo triennio valutazioni annuali individuali positive

4. ☐ di aver maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione come specificato nel curriculum allegato alla presente domanda il quale costituisce parte integrante della stessa

5. ☐ di essere in possesso dei seguenti diplomi di Laurea:

in _____

conseguito presso _____ il _____

in _____

conseguito presso _____ il _____

6. ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito presso _____ il _____
- ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito presso _____ il _____
- ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione in disciplina di _____
conseguito presso _____ il _____

7. ☐ di essere iscritto/a all'ordine _____ di _____ al n. _____

8. ☐ 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 dal presente avviso pubblico di selezione.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa fornita dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

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 _____ (Prov. di _____)

PEC o CEC – PAC (intestata al sottoscritto) _____

Il/la sottoscritto/a avendo indicato l'indirizzo di PEC o CEC – PAC accetta che lo 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 _____