

**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 Erba  
☐ di Olgiate Comasco

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 \_\_\_\_\_