

**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 degli incarichi di organizzazione a norma del Capo II del Titolo III C.C.N.L. Comparto Sanità 2016-2018 per il personale del ruolo sanitario, dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior afferenti all'U.O.C. DAPSS e precisamente per gli incarichi relativi al/i seguente/i valore/i economico/i:

<b>Candidatura</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Graduazione incarico di funzione</b>	<b>Indennità d'incarico</b>
<input type="checkbox"/>	Casa Di Comunità E Ospedale di Mariano Comense, Poli e CAL Mariano	50	€. 5.000,00
<input type="checkbox"/>	Bed Manager area chirurgica	25	€. 1.700,00
<input type="checkbox"/>	Case Manager – Referente DC3	25	€. 1.700,00
<input type="checkbox"/>	Case Manager- Referente DM1	25	€. 1.700,00
<input type="checkbox"/>	Case Manager – Referente DM2	25	€. 1.700,00
<input type="checkbox"/>	Case Manager - Referente POLIAMBULATORIO	25	€. 1.700,00
<input type="checkbox"/>	Professionista specialista Area Urgenza Emergenza OCA	25	€. 1.700,00

**N.B.: Si precisa che è possibile candidarsi al massimo per sole due posizioni aperte tra quelle sopra elencate.**

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 _____
------------------------------