

**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:

Candidatura	Denominazione	Graduazione incarico di funzione	Indennità d'incarico
<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 _____