

**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 funzione a norma del Capo III del Titolo III C.C.N.L. Comparto Sanità 2019-2021 per il personale appartenente ai ruoli sanitario e sociosanitario e precisamente per gli incarichi relativi al/i seguente/i valore/i economico/i:

<b>Struttura Complessa di afferenza D.A.P.S.S.</b>				
<b>Candidatura</b>	<b>Numero incarichi oggetto di indizione</b>	<b>Incarichi</b>	<b>Graduazione incarico di funzione</b>	<b>Indennità di funzione</b>
<input type="checkbox"/>	1	Incarico di funzione di coordinamento - Servizio Anatomia Patologica	37	€. 4.000,00
<input type="checkbox"/>	1	Incarico di funzione di coordinamento - S.I.M.T.	38	€. 4.000,00
<input type="checkbox"/>	2	Incarico di funzione di coordinamento casa di comunità e ospedale di comunità di Como	40	€. 4.000,00
<input type="checkbox"/>	1	Incarico di funzione di coordinamento – DH Medico Unificati - UFA OSA	46	€. 5.000,00

**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 dipendente a tempo determinato dell'Azienda con la qualifica di:

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3. ☐ di essere in comando presso ASST Lariana con la qualifica di:

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

4. ☐ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_

5. ☐ di essere residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

6. ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

7. ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_

☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_

8. ☐ di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso

☐ di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_

presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

10. ☐ di essere iscritto/a all'albo / ordine professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

11. ☐ di essere in possesso di almeno tre anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale richiesto;

12. ☐ di non avere subito l'applicazione di sanzioni disciplinari superiori alla multa, nei due anni precedenti alla data di scadenza del presente avviso;

13. ☐ di essere in possesso delle valutazioni annuali di performance individuale positive nell'ultimo biennio o comunque delle ultime due valutazioni disponibili in ordine cronologico, qualora non sia stato possibile effettuare la valutazione a causa di assenza dal servizio in relazione ad una delle annualità;

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

15. ☐ 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 \_\_\_\_\_**