

AII. 2

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE

a partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di sostituzione ex art. 22 del CCNL Area Sanità, di direzione della Struttura Complessa afferente al Dipartimento di Area Diagnostica e dei Servizi della ASL Medio Campidano denominata SC Anestesia e Rianimazione

A tal fine,

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;
- consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni,

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA DI:

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente a _____ CAP _____;
Via _____ n. _____ tel. _____;
3. di essere dipendente della ASL Medio Campidano, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
4. di prestare la propria attività in regime di
 esclusività
 non esclusività

al momento della scadenza del termine per la presentazione della domanda fissato nell'avviso;

5. di essere inquadrato nel profilo di dirigente _____
disciplina: _____ dal _____;
6. di essere attualmente in servizio presso la SC/SSD _____
affidente al Dipartimento _____;
7. di essere titolare del seguente incarico dirigenziale:
- di direzione di struttura complessa
 - di direzione di struttura semplice
 - di altissima professionalità
 - di alta specializzazione
 - altro
- dal (indicare giorno/ mese/anno)
- nessun incarico

(BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)

8. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
9. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali.

Allega i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- scansione di un documento di identità in corso di validità.

Distinti saluti

DATA, _____ FIRMA _____