

**Spett.le Direzione Generale
ASL 6 MEDIO CAMPIDANO**

__I_ sottoscritt_ _____, nat il ___ / ___ / ___ a _____,
residente in Via/P.zza _____ n° ____, Città _____
tel./cell. _____ PEC _____,
mail Aziendale _____@aslmediocampidano.it

consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- Di essere dipendente di Codesta Azienda a tempo indeterminato/determinato,

AREA

--

RUOLO

--

PROFILO

--

n. matricola _____,

con decorrenza dal _____, presso _____,

- Di non avere riportato sanzioni disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni anteriori alla scadenza del presente Avviso
- Di aver avuto valutazione positiva con riferimento all'ultimo biennio o comunque alle due ultime valutazioni disponibili in ordine cronologico
- L'insussistenza di procedimenti penali a proprio carico definiti con condanna
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D. Lgs 101/2018
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di selezione.

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla Selezione interna per il conferimento agli incarichi appresso indicati (la candidatura può essere presentata per un massimo di DUE incarichi di Funzione):

ARTICOLAZIONE GERARCHICA	STRUTTURA DI RIFERIMENTO	DENOMINAZIONE INCARICO	TIPOLOGIA INCARICO (IFO – IFP)

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità;
- Curriculum formativo professionale, *datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000 formato PDF*;
- Scheda titoli (allegato C).

Data _____

Firma _____