# Allegato B)

# Spett.le Direzione Generale

# ASL 6 MEDIO CAMPIDANO

\_l\_ 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 dell’incarico di seguito indicato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ARTICOLAZIONE GERARCHICA | RUOLO DI RIFERIMENTO | DENOMINAZIONE INCARICO | TIPOLOGIA INCARICO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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