**FAC-SIMILE DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO**

*(indirizzo PEC ASL AL:* *aslal@pec.aslal.it**)*

 **Al Direttore Generale**

**dell’Azienda Sanitaria Locale AL**

 **Via Venezia, 6**

 **15121 ALESSANDRIA**

**OGGETTO**: domanda di partecipazione ad avviso di selezione per il conferimento di incarico di Direttore SC DEA Casale Monferrato.

# Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_, porge domanda per essere ammesso/a all’avviso pubblico per il conferimento di incarico di **Dirigente Medico Direttore Struttura Complessa DEA Casale Monferrato** indetto da Codesta Amministrazione con deliberazione n. del .

***A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità dichiara:***

##### di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; i cittadini di uno dei paesi dell’Unione Europea devono dichiarare il godimento dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza e la adeguata conoscenza della lingua italiana;

##### di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso di mancata iscrizione indicarne i motivi);

##### di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso/di avere (\*) riportato le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare le condanne penali riportate anche ai sensi art. 444 CPP, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc.); di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere in possesso dei requisiti previsti dall’art. 5 del DPR 484/1997:

##### anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza o disciplina equipollente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e specializzazione nella disciplina di Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza o in una disciplina equipollente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n. di posizione \_\_\_\_;

##### di essere attualmente in servizio a tempo indeterminato a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

##### di aver prestato i servizi come specificati nel curriculum allegato alla presente domanda il quale costituisce parte integrante della stessa;

##### di avere/non avere conseguito (\*) il certificato di formazione manageriale;

##### di essere nella seguente posizione riguardo agli obblighi militari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se espletato indicare qualifica, periodo e durata nei quali il servizio è stato prestato);

##### di essere/non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso la pubblica amministrazione ovvero licenziato dalla data di entrata in vigore del primo C.C.N.L. (\*);

*Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. (Codice in materia di protezione dei dati personali)* *e del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (GDPR 2016/679), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.*

*Il sottoscritto chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni:*

##### Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P.za/C.so \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.A.P.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_\_) Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGA:

* *curriculum* professionale, ai sensi dell’art. 8 D.P.R. 484/97, datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. 28.12.2000, n. 445 secondo il facsimile allegato;
* dettagliato elenco cronologico delle pubblicazioni;
* elenco in triplice copia, in carta semplice, dei titoli e documenti presentati;
* fotocopia non autenticata della carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità;
* certificazione dell’Ente o Azienda relativa alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato;
* ricevuta versamento comprovante il pagamento del contributo concorso;
* pubblicazioni;
* attestati di partecipazione a corsi, seminari, ecc. e relativo elenco (ove non prodotto in sede di curriculum)
* altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

##### Data (firma per esteso)

**\* omettere la dicitura che non interessa**

**\*\* indicare le condanne penali riportate, la data della sentenza e l’autorità giudiziaria che le ha emesse, indicando se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione, estinzione, riabilitazione ecc., nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti**

FAC SIMILE CURRICULUM PROFESSIONALE

(EX ART. 8 D.P.R. N. 484/1997)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione o uso di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del vigente Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e che, ai sensi dell’art. 75 del Testo Unico citato decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità*

DICHIARA

**di essere in possesso della Laurea** in …………………………………………………………………………………

conseguita in data………………………………………………………………………………………………………………….

presso l’Università degli Studi di ….………………………………………………………………………………………….

**di essere iscritto all’albo dell’ordine dei medici** della Provincia di …………….…………………….....

dal ……………………………………………... n° di iscrizione ..……………………………………....

**di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:**

1) Disciplina: ………………………….…………….……………………………………………………………………………...

conseguito in data………………………. presso l’Università di……………..……………………………………........

ai sensi del

DLgs 257/1991 🞎 DLgs 368/1999 🞎 altro …………………………………………………

durata anni ………………..

**di aver frequentato il seguente corso di formazione manageriale ai sensi art. 16 quinquies comma 2 del D. Lgs. 30.12.1992 e ss.mm.ii. e Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003:**

dal ……………................. al ……………................. durata ore …………………………………………………….

presso……………………………………………………………………………………………………………………………………

contenuti del corso…………………………………………………………………………………………………………………

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

TITOLI DI CARRIERA

**di prestare / avere prestato servizio con rapporto di dipendenza:**

(Indicare il servizio attuale e gli eventuali ulteriori servizi precedenti – Indicare i servizi esclusivamente svolti in qualità di **dipendente** nelle Pubbliche Amministrazioni o in Case di Cura private solo se convenzionate o accreditate, con rapporto continuativo, ATTINENTI AL POSTO MESSO A SELEZIONE)

denominazione e tipologia Ente……………………………………………………………………………………………….

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato)

sede ……………………………………………………………… via ………………………………………………….. n. ……..

posizione funzionale ……………………………………………………………………..……...

disciplina di inquadramento…………………………………………………………………….

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

con rapporto 🞎 a tempo determinato . 🞎 a tempo indeterminato

 🞎 a tempo pieno 🞎 con impegno ridotto, ore ………. settimanali

con interruzione dal servizio (ad es. per aspettative, congedi, senza assegni):

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

per motivi …………………………….…………………….…………………….…………………….………………………….

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

per motivi …………………………….…………………….…………………….…………………….………………………….

causa risoluzione rapporto …………………………………………………………………………………………………….

🞎 ricorrono 🞎 non ricorrono

le condizioni di cui all’ultimo comma dell’art. 46 del D.P.R. 761/79

(La mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività' di aggiornamento professionale per un periodo superiore ai cinque anni comporta la riduzione del punteggio di anzianità ai soli fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti in una misura stabilita dalla commissione di disciplina in relazione al profilo professionale ed alle mansioni del dipendente. La riduzione non può comunque superare il 50 per cento)

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**che la tipologia delle istituzioni e delle prestazioni erogate nelle strutture in cui è stata svolta attività con rapporto di lavoro subordinato è la seguente:**

(indicare denominazione Ente/Azienda e sede, tipologia Ente/Azienda– Azienda Ospedaliera, Azienda Ospedaliera Universitaria, Presidio di ASL, IRCCS pubblico, IRCCS privato, altro)

Denominazione e tipologia Ente ..…………………………………………..……………………………………………….

Tipologia S.C.…………………………………………………………………………………….………………………………….

Tipologia prestazioni erogate dalla struttura ...………………………………………………………………………….

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

INCARICHI DIRIGENZIALI ai sensi art 27 C.C.N.L. 8.06.2000:

**di essere / essere stato titolare dei seguenti incarichi dirigenziali**

denominazione incarico: …………………………………………………………………………………………………………

tipologia di incarico: art. 27 lettera ………………….

lett. **a)** incarico di direzione di struttura complessa (ricompresi incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero); lett**. b)** incarico di direzione di struttura semplice: lett. **c)** incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, lett. **d)** incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

presso ………………………………………………………………………………………………………………………………….

descrizione attività svolta …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

SPECIFICI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE CON FUNZIONI DI DIREZIONE

**di aver svolto le seguenti attività con specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione**

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

presso (indicare Ente/Azienda) ………………..………………………………………………………………………………………..………

tipologia attività (indicare solo attività attinenti) ……………………………………………………………….…………….…………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

descrizione attività svolta ……………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

ULTERIORI AMBITI DI AUTONOMIA/RESPONSABILITA’

**di aver svolto le seguenti attività con ulteriori ambiti di autonomia/responsabilità**

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

presso (indicare Ente/Azienda) ………………………………………………………………………………………………..………

tipologia attività (indicare solo attività attinenti) ……………………………………………………….…………….…….……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

descrizione attività svolta ……………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

ALTRI TITOLI DI CARRIERA

**di avere prestato attività di specialista ambulatoriale ex ACN:**

denominazione Ente……………………………………………………………………………………………………………….

di …………………………………………………………………. via …………………………………………….. n. …………..

nella branca di ………………………………………….............................................................................

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore …………………………………...

causa risoluzione rapporto …………………………………………………………………………………………………….

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

ALTRE ATTIVITA’ PRESSO PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

(indicare solo attività attinenti)

**di avere svolto attività nel profilo professionale di** ..………………………………………………………

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

presso (denominazione e sede Ente) ……………………………………………………………………………………………….….

a titolo di

🞎 co.co.co. 🞎 libero professionista 🞎 borsista 🞎 altro ………………………

con impegno orario settimanale di ore …………………….

motivo interruzione o causa di risoluzione ………………………………………………………………………………..

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver effettuato attività di frequenza volontaria**:

(indicare solo attività attinenti)

denominazione Ente……………………………………………………………………………………………….…………….

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di …………………………………………………………………. via …………………………………………….. n. …………..

posizione/mansione ……………………………………………………………………………………………………………….

dal …………………… al ……………………. (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale di ore …………………

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver svolto i seguenti soggiorni di studio/addestramento:**

(indicare i soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, **di durata non inferiore a mesi tre**, *con esclusione dei tirocini obbligatori*)

denominazione Ente……………………………………………………………………………………………………………….

(indicare se Ente Pubblico, Istituto Accreditato o istituto privato convenzionato o privato)

di …………………………………………………………………. via …………………………………………….. n. …………..

tipologia/contenuto dell’iniziativa …………………………………………………………………………………………….

dal ……………………………. al ………………………………………. (indicare giorno/mese/anno)

con impegno settimanale pari a ore …………………

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

**di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento – **esclusa l’attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi**):

presso……………………………………………………………………………………………………………………….………….

nell’ambito del Corso di…………………………………………………………………………………………………………..

insegnamento ………………………………….……………………………………………...…a.a. ………………………….

ore docenza ………………………………………………… (specificare se complessive o settimanali)

*(duplicare il riquadro ad ogni dichiarazione della stessa tipologia)*

di aver partecipato quale **UDITORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n°  | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

*(duplicare le righe se insufficienti)*

Di aver partecipato in qualità di **RELATORE** ai seguenti corsi, convegni, congressi:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n°  | ENTE ORGANIZZATORE | TITOLO DEL CORSO | PERIODO giorno/mese/anno dal/al | ore | LUOGO DI SVOLGIMENTO | ecm |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di essere in possesso della idoneità nazionale a primario ospedaliero nella disciplina di ………………………………………. conseguita in data …………………………………..

**di possedere i seguenti ULTERIORI TITOLI** (es. ulteriori lauree ed ulteriori specializzazioni ad esclusione di quelli già segnalati nella domanda quali requisiti di ammissione, master Universitari, dottorati di ricerca, ecc…)

Tipologia Titolo …………………………..…………………………………………………………………………………………

conseguito in data ………………………… presso …………………………………………………………………………..

durata ………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(duplicare le righe se insufficienti)*

di essere **autore** dei seguenti lavori scientifici – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell’accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

2\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

3\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

4\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

5\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

6\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

7\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

8\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

9\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

10\_...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(duplicare le righe se insufficienti*

**di aver collaborato alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell’accettazione dei lavori (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione):

1\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

2\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

3\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

4\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

5\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

6\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

7\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

8\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

9\_.............................................................................................................................................................................................................................................................................................

10\_...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(duplicare le righe se insufficienti)*

VOLUME ATTIVITA’ SVOLTA

**di avere svolto specifica attività professionale nella disciplina stessa** e di possedere la seguente casistica riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico:

(ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. a) del DPR 484/1997 per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, è richiesta una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive; ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. b) del DPR 484/1997 per le altre discipline, è richiesta una casistica di specifiche esperienze e attività professionali)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**N.B. la presente dichiarazione NON SOSTITUISCE la certificazione dell’Ente o Azienda ai sensi dell’art. 6 comma 2 e dell’art. 8 comma 3 lett. c) (tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato) del DPR 484/1997**

*(duplicare le righe se insufficienti)*

PROFILO PROFESSIONALE SPECIFICO

Viste le caratteristiche di contesto organizzativo in cui si inserisce la Struttura Complessa e il profilo professionale specifico del candidato delineati nell’avviso per il conferimento dell’incarico, si evidenzia come segue il possesso delle caratteristiche richieste:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(duplicare le righe se insufficienti)*

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 D.Lgs 30.06.2003 n. 196. In particolare dichiara di essere a conoscenza che, prima della nomina del candidato prescelto, i curricula inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

firma in originale

La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010

Allega alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_