Al Direttore Generale

ASST Santi Paolo e Carlo

Via A. di Rudinì, 8

20142 MILANO

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI ORGANIZZAZIONE CON FUNZIONI DI COORDINAMENTO**

Il/La sottoscritto/a ……………………….............................................................................................

Attualmente inserito nella Struttura Semplice/Complessa/Staff………………………………aziendale

# C H I E D E

di essere ammesso/a alla procedura di selezione interna indetta con avviso allegato alla **Deliberazione n. 2543 del 5.12.2019**, per titoli e colloquio, di affidamento dell’incarico di organizzazione con funzioni di coordinamento di cui alla scheda Allegato \*\*\*\*, posizione n. \*\*\*

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**D I C H I A R A**

- di essere nato/a a ........................................................................ (prov. .....) il ........................... ;

- di essere residente a..................................................... in Via/P.zza ................................ n. ..... ;

- telefono..........................................................; Cod. Fiscale.......................................................;

- indirizzo e-mail: ……………………………………………………;

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

□ master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell’area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell’art. 3, comma 8, del Regolamento di cui al decreto del Ministro dell’Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell’articolo 3, comma 9, del Regolamento di cui al Ministro dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270/certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell’assistenza infermieristica conseguito il ……… presso .................……...........................................................;

□ ulteriori titoli....................................................................................................................................;

- di rivestire il seguente profilo professionale e inquadramento giuridico…………………………………………………………………………………………………….;

- di essere iscritto all’Ordine Professionale ……………………………..della provincia di …………………dal ……………………. con il seguente numero di posizione ……………………..;

- di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di Pubbliche Amministrazioni:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Struttura Semplice/Complessa di inserimento | Periododal | al | Qualifica | Tipo di rapporto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

□ che le dichiarazioni di cui sopra sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;

□ di essere consapevole che l’accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza;

- che il recapito a cui devono essere inviate tutte le comunicazioni inerenti all’avviso/concorso è il seguente: via/P.zza ........................................................... n. ... CAP .............. Città ......................................……...................(Prov. .....) Telefono ....................../ al seguente indirizzo PEC:…………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- *curriculum vitae*;

- dichiarazione sostitutiva di certificazione o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà titoli e i documenti allegati;

- relazione tecnico – organizzativa/motivazionale;

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità;

- pubblicazioni;

- elenco numerato titoli e documenti allegati;

Ai sensi dell’art. 7 del Regolamento UE/2016/679, il/a sottoscritto/a ………………………………….dichiara di prestare liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali contenuti nella presente domanda e nei documenti ad essa allegati ai fini della procedura selettiva indetta con avviso allegato alla Deliberazione n. …..del ……dell’ASST Santi Paolo e Carlo.

(Milano, data) ......................................................................

(firma) ................................................................................