

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO  
PER CONFERIMENTO INCARICO DI ALTA  
SPECIALIZZAZIONE DIRIGENZA AREA SANITÀ****AST\_PER\_514\_Ed00**Approvazione: Direttore SC  
Gestione e Sviluppo Risorse  
Umane

Data di Emissione: 16.11.2023

Al Direttore Generale  
ASST Santi Paolo e Carlo  
SEDE

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Codice Fiscale: .....

Residente a ..... Prov. ....

In via ..... n. .... C.A.P. ....

**in merito all'AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE RIVOLTO ALLA  
DIRIGENZA AREA SANITÀ****CHIEDE**

di partecipare a detto Avviso interno per il conferimento di incarico professionale di ALTA SPECIALIZZAZIONE:

 di tipo 1 di tipo 2

affidente alla Struttura Complessa .....

dal titolo: .....

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue.

**1.** Di essere dipendente dell'ASST Santi Paolo e Carlo a tempo pieno e indeterminato con la qualifica di:

.....

Di essere attualmente assegnato/a alla Struttura Complessa: .....

**2.** Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio: Laurea in .....

conseguita presso Università di ..... il .....

 Specializzazione post lauream in .....

conseguita presso .....

 Master o dottorato in .....

conseguito presso ..... il .....

 Corso Manageriale conseguito presso ..... il ..... Abilitazione alla professione di .....

conseguita il .....

 Di essere regolarmente iscritto all'albo dei .....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO  
PER CONFERIMENTO INCARICO DI ALTA  
SPECIALIZZAZIONE DIRIGENZA AREA SANITÀ****AST\_PER\_514\_Ed00**Approvazione: Direttore SC  
Gestione e Sviluppo Risorse  
Umane


Data di Emissione: 16.11.2023

**3.** Di avere maturato la seguente anzianità di servizio in Enti del S.S.N. come di seguito specificato:

AZIENDA	PROFILO	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	O.R./T.P.*	INDICARE ORE SETTIMANALI NEL CASO DI SERVIZIO AD ORARIO RIDOTTO

**LEGENDA:** \*O.R.= Orario Ridotto; T.P.= Tempo Pieno**4.** Di avere ricoperto i seguenti incarichi di Responsabilità in Enti del S.S.N. come di seguito specificato:

AZIENDA	Tipologia incarico (es. Struttura Semplice, ecc.)	Denominazione della Struttura	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	NOTE

	<b>DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO INCARICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIRIGENZA AREA SANITÀ</b>	<b>AST_PER_514_Ed00</b>
		Approvazione: Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
		Data di Emissione: 16.11.2023

5. Di avere maturato le seguenti esperienze professionali nel settore privato e/o all'estero/formazione come di seguito specificato:

AZIENDA	PROFILO/ATTIVITÀ	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	O.R. /T.P.*	INDICARE ORE SETTIMANALI NEL CASO DI ORARIO RIDOTTO

**LEGENDA:** \* O.R.= Orario Ridotto o T.P.= Tempo Pieno

6. Di aver svolto negli ultimi 5 anni le seguenti altre attività rilevanti in relazione all'incarico bandito (es. attività di docenza, altro):

.....

.....

.....

.....

.....

7. Inoltre dichiaro:

- Che **non** mi sono stati comminati procedimenti disciplinari negli ultimi due anni;
- Che **mi sono stati comminati procedimenti disciplinari negli ultimi due anni** con irrogazione della sanzione di:

.....

.....

*(Barrare una delle due succitate opzioni e specificare l'entità dell'eventuale sanzione)*

**Allego alla presente un curriculum vitae in formato europeo, aggiornato, datato e firmato e copia di un documento di identità valido** e dichiaro di aver preso visione di quanto indicato e disposto nel bando per la copertura dell'incarico dirigenziale.

Di eleggere il seguente domicilio quale indirizzo presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni all'ASST Santi Paolo e Carlo:

presso .....

Via/piazza ..... n. .... C.A.P.....

Città ..... Provincia .....

Telefono n. ....

Mail .....

P.E.C. ....

8. Di acconsentire al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs. n. 101/2018 per gli adempimenti e finalità connessi alla presente procedura.

Data .....

Firma

\_\_\_\_\_