

**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

	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

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
