

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	<b>DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO          PER CONFERIMENTO INCARICO DI STRUTTURA          SEMPLICE O SEMPLICE DIPARTIMENTALE</b>	<b>AST_PER_537_Ed02</b>
		Approvazione: Direttore SC Risorse Umane
		Data di Emissione: <i>gg.mm.aaaa</i>

Al Direttore Generale  
 ASST Santi Paolo e Carlo  
 SEDE

Il/La sottoscritto/a .....  
 Nato/a a ..... il .....  
 Codice Fiscale: .....  
 E residente a ..... Prov. ....  
 In via ..... n. .... C.A.P. ....

in merito all' **AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE O SEMPLICE DIPARTIMENTALE**

**Chiede**

Di partecipare a detto Avviso per la direzione di Struttura Semplice 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 laurea 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.....

	<b>DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE O SEMPLICE DIPARTIMENTALE</b>	<b>AST_PER_537_Ed01</b>
		Approvazione: Direttore SC Risorse Umane
		Data di Emissione: 14/01/2021

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 o 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

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

