

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA AREA FUNZIONI LOCALI	AST_PER_565 Ed.00
		Approvazione: Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
		Data di Emissione: 11.04-2023

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
 COMPLESSA AREA PROFESSIONALE, TECNICA, AMMINISTRATIVA**

Chiede

Di partecipare a detto Avviso per la direzione di 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.....

O con incarico di Responsabile di Struttura Semplice.....

.....

O con incarico Professional.....

.....

.....

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

☐ Laurea in.....

conseguita presso Università diil

☐ Specializzazione post laurea in.....

conseguita presso.....

☐ Master o dottorato in

conseguito presso il

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA AREA FUNZIONI LOCALI	AST_PER_565 Ed.00
		Approvazione: Direttore SC Risorse Umane
		Data di Emissione: 11.04.2023

☐ Corso Manageriale conseguito pressoil

☐ Abilitazione alla professione di
 conseguita il

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

3. Di avere maturato la seguente anzianità di servizio in Enti del S.S.N. o strutture pubbliche dei Paesi dell'Unione Europea, come di seguito specificato:

AZIENDA	PROFILO	DAL (gg/mm/aa)	AL (gg/mm/aa)	O.R./T.P.*	INDICARE ORE SETTIMANA LI 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. o strutture pubbliche dei Paesi dell'Unione Europea, come di seguito specificato:

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

4. 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 SETTIMANA LI NEL CASO DI ORARIO RIDOTTO

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

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AD AVVISO INTERNO PER CONFERIMENTO INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA AREA FUNZIONI LOCALI	AST_PER_565 Ed.00 Approvazione: Direttore SC Risorse Umane Data di Emissione: 11.04.2023
--	---	--

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. 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/piazzan. C.A.P.....

CittàProvincia

Telefono n.

Mail

P.E.C.

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

8. di allegare ulteriore documentazione ritenuta utile per la valutazione:

9.1)

9.2)

9.3)

conformi agli originali, ai sensi e degli art. 46 e 47 del DPR 455/00 e smei.

Data

Firma

.....