

Il sottoscritto
nato a (Prov. di) il..... ,
alle dipendenze dell'ASST della FRANCIACORTA, con il profilo Professionale di Dirigente
Medico, disciplina, dal giorno

CHIEDE

di poter partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di Responsabilità della
Struttura Semplice "Emodialisi Orzinuovi" pubblicato in data 11.10.2023.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 28
dicembre 2000 n. 445, dichiara:

- 1) di essere alle dipendenze di questa Azienda dal giorno.....
- 2) di essere formalmente assegnato alla SC/SSD presso il Presidio
Ospedaliero di
- 3) specializzazioni / master post lauream posseduti (specificare Università ed anno di
conseguimento):
.....
.....
.....
- 4) altre eventuali lauree possedute (oltre a quella richiesta per la partecipazione al concorso per la
qualifica dirigenziale posseduta):.....
- 5) di aver prestato i seguenti servizi alle dipendenze di pubbliche amministrazioni:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DAL	AL	PROFILO PROFESSIONALE / QUALIFICA

6) di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

DAL	AL	MOTIVO

7) di voler ricevere le comunicazioni relative al presente Avviso al seguente indirizzo di posta elettronica

.....

8) Altro:

.....

.....

.....

Allega:

- Curriculum formativo e professionale in formato europeo **autocertificato ai sensi di legge**;

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03.

..... ,

(luogo)

(data)

.....

(firma)