

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DELLA TEMPORANEA  
RESPONSABILITÀ' DELLA SC VACCINAZIONI**

Il sottoscritto .....  
nato a ..... (Prov. di .....) il.....,  
alle dipendenze dell'ASST della FRANCIACORTA, in qualità di Dirigente Medico, disciplina  
....., dal giorno .....  
presso la UO/Servizio di ..... sede di .....

**CHIEDE**

di poter partecipare all'Avviso Interno per il conferimento della temporanea responsabilità della SC Vaccinazioni  
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:

- di aver preso visione dell'avviso di cui all'oggetto;
- di accettare tutte le clausole previste dal bando;
- di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso previsti dal bando in quanto titolare del  
seguito incarico dirigenziale:

..... dal .....  
presso la UO/Servizio di ..... sede di .....

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

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)