



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

FAC-SIMILE SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore
della SOC

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione interna aziendale per il conferimento del/dei sottoelencati incarichi di funzione (**ai sensi dell'art. 8, c. 4 del Regolamento Aziendale allegato D) al CCIA approvato con deliberazione n. 298/2020, ciascun candidato potrà presentare domanda per un massimo di n. 2 Incarichi di Funzione**) :

1. _____

2. _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni stabilite dall'art. 76 DPR n. 445/2000 e s.m.i. e dall'art. 55-quater del D.lgs.vo 165/2001 e s.m.i., nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi secondo quanto previsto

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____ cap _____

a) di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione

1. di essere dipendente a tempo indeterminato e pieno/parziale, dell'ASL VCO - nella Categoria_____ del profilo professionale _____; dal _____;
2. di essere in possesso di un'esperienza di almeno cinque anni nella categoria e profilo professionale richiesti per la copertura dell'incarico così maturata: dal _____ al _____;
3. di essere iscritto/a all'Ordine _____ – Sezione _____;
4. di prestare servizio presso la SOC/SOS_____;
5. di non aver riportato sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale negli ultimi due anni;
6. di autorizzare l'ASL VCO al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali n. 676/2016 e norme attuative, per gli adempimenti connessi all'Avviso di selezione interna in argomento e per quelle inerenti la gestione dell'incarico eventualmente conferito;
7. di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo_____

(cognome, nome, indirizzo, città, cap, telefono, posta elettronica certificata, email)

All'uopo allega:

- a) Curriculum formativo e professionale
- b) Copia di valido documento di identità.

Data _____ Firma _____