



**Allegato n. 1**

**Al Direttore  
della SOC/SOS/SOS Dip. \_\_\_\_\_  
ASL VCO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In servizio presso la Struttura \_\_\_\_\_

**manifesta interesse**

Al conferimento dell'Incarico attivo presso la Struttura \_\_\_\_\_  
denominato \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara:

1) di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2) di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

3) di essere in possesso di un'anzianità di servizio di \_\_\_\_\_ anni e di aver superato positivamente la verifica ai sensi degli artt. 55, e seguenti, del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019 (Triennio 2016 – 2018).

4) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il Regolamento U.E. n. 779/2016, il D. Lgs. n. 196/2003 e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali.

Allega i seguenti documenti:

1. *Curriculum* formativo e professionale
2. Ulteriore documentazione prodotta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

Firma \_\_\_\_\_