

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA  
Via Ravona n. 20  
22042 - SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO) -**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter partecipare all'avviso interno per il conferimento del seguente incarico di funzione:

- Incarico di coordinamento - MEDICINA E RIABILITAZIONE/DH OME
- Incarico di coordinamento - SOREU dei Laghi, S.S.u.Em 118 – PERS. INF. VILLA GUARDIA

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara:

**1.**  di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda con la qualifica di:

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_

**2.**  di essere dipendente a tempo determinato dell'Azienda con la qualifica di:

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**3.**  di essere in comando presso ASST Lariana con la qualifica di:

\_\_\_\_\_

a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**4.**  di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_

**5.**  di essere residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

6.  di essere in possesso della cittadinanza italiana
7.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_  
 di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo \_\_\_\_\_
8.  di non avere subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso  
 di avere subito le seguenti condanne penali \_\_\_\_\_  
 di avere i seguenti procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_  
presso il Tribunale di \_\_\_\_\_
9.  di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:  
\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
10.  di essere iscritto/a all'albo / ordine professionale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
11.  di essere in possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale maturata nel profilo professionale richiesto quale dipendente - ex art. 28, comma 3, CCNL del 2 novembre 2022 Comparto Sanità triennio 2019 – 2021 - *"presso Aziende od Enti del comparto di cui all'art. 1 (Campo di applicazione) nonché presso altre amministrazioni di comparti diversi, ovvero presso ospedali privati accreditati o presso le Università pubbliche e private dei paesi dell'Unione Europea nel medesimo o corrispondente profilo"*;
12.  di non avere subito l'applicazione di sanzioni disciplinari superiori alla multa, nei due anni precedenti alla data di scadenza del presente avviso;
13.  di aver prestato i servizi come specificato nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata alla presente domanda la quale costituisce parte integrante della stessa;
14.  che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

**Il/la sottoscritto/a, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dall'avviso interno per il conferimento di incarico di funzione ed in particolare, ai sensi dell'art 14 comma 5 del Regolamento aziendale, che *"nel caso in cui sia contemporaneamente aperto più di un bando interno ciascun interessato potrà candidarsi solo a due bandi"*.**

**Il/la sottoscritto/a, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo**

**30.06.2003, n. 196 e dal Regolamento UE 2016/679 del 27.04.2016 (GDPR - General Data Protection Regulation).**

**Il/la sottoscritto/a, chiede, infine, che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda sia fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni, ed esonera l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità:**

**via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)**

**PEC (intestata al sottoscritto) \_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto avendo indicato l'indirizzo di PEC accetta che stesso diventi il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_