**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso)

**AL DIRETTORE GENERALE**

**DELLA ASL DI PESCARA**

[protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ |

CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U.O. di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico gestionale di struttura semplice denominato “U.O.S. CURE DOMICILIARI E INTERMEDIE”, riservato ai Dirigenti Medici in servizio a tempo indeterminato presso la suddetta Struttura Complessa ed in possesso di un’anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, o discipline equipollenti, ovvero nella disciplina di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, o discipline equipollenti, ovvero nella disciplina di Geriatria, o discipline equipollenti, che abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico, indetto da Codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero \_\_\_ del \_\_.\_\_.\_\_\_\_.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di aver preso visione dell’avviso di cui all’oggetto;
* di aver preso visione del regolamento aziendale vigente in materia di conferimento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali per l’area di interesse, pubblicato sul sito aziendale [www.asl.pe.it/documenti](http://www.asl.pe.it/documenti)aziendali;
* di accettare tutte le clausole previste dal bando;
* di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all’avviso interno, ovverosia:

- di essere in possesso di un’anzianità di servizio di almeno cinque anni, a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso interno al seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e solleva l’Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo.

Il/La sottoscritt\_\_dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato e indicato nell’allegato curriculum corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000.

Immagine che contiene modello, quadrato, Simmetria, arte

Descrizione generata automaticamente**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito [www.asl.pe.it/datipersonali](http://www.asl.pe.it/datipersonali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

**Allega:** **Curriculum formativo-professionale autocertificato ai sensi del DPR 445/2000,** redatto in carta semplice, **datato e firmato;** **copia fronte-retro di un documento d’identità** in corso di validità, nonché **l’esito delle valutazioni** cui è stato sottoposto presso altre Aziende del SSN.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (anche per presa visione dell’informativa estesa) | |
| **ALLEGATO B)**  CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE  Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_. \_\_.\_\_\_\_ con riferimento all’istanza di partecipazione all’avviso interno (Allegato A) per il conferimento dell’incarico gestionale di struttura semplice denominato “U.O.S. CURE DOMICILIARI E INTERMEDIE”, riservato ai Dirigenti Medici in servizio a tempo indeterminato presso la suddetta Struttura Complessa ed in possesso di un’anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, o discipline equipollenti, ovvero nella disciplina di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, o discipline equipollenti, ovvero nella disciplina di Geriatria, o discipline equipollenti, che abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico, indetto da Codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero \_\_ del \_\_.\_\_.\_\_\_\_.  Ai sensi e per gli effetti degli artt. 19, 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:  D I C H I A R A  Quanto segue:  Informazioni personali   * Nazionalità; data di nascita; luogo di nascita e residenza etcc   Istruzione   * Ulteriori titoli di studio.   Esperienze di lavoro/servizi, qualifiche nonché specifiche attività svolte e le esperienze maturate in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende, nonché documentate esperienze di studio e ricerca effettuate presso istituti di rilievo nazionale o internazionale in relazione all’incarico di cui al presente bando;   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Pubblicazioni (valutabili solo se allegate integralmente e strettamente pertinenti alla disciplina oggetto di avviso)   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Corsi di aggiornamento, congressi, convegni, seminari, anche effettuati all’estero;   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore ad un anno, con esclusione dei tirocini obbligatori   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Corsi di formazione manageriale:  dal ……………al………….. presso ………………;  dal ……………al………….. presso ………………;  Attività didattica svolta presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione con indicazione delle ore annue di insegnamento   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E’ indispensabile allegare una fotocopia del documento di riconoscimento | |
|  | |