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

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico dirigenziale di Altissima Professionalità quale articolazione interna di struttura complessa, di cui all’art. 22, comma 1, paragrafo II, lettera a2) del CCNL 23.01.2024, Area Sanità, denominato “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, funzionalmente assegnato alla U.O.C. Radiologia, riservato ai dirigenti medici in servizio presso la suddetta Struttura, che abbiano maturato almeno cinque anni di servizio e con valutazione positiva 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) |