**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso)

 **AL DIRETTORE GENERALE**

 **DELLA ASL DI PESCARA**

 **Via R. Paolini, 47**

 **65124 - PESCARA**

|  |
| --- |
| 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 Medico della 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 professionale di Altissima Professionalità a Valenza Dipartimentale denominato “ENDOSCOPIA DIGESTIVA OPERATIVA AVANZATA”, riservato ai dirigenti in servizio presso la ASL di Pescara, indetto da Codesta Azienda Sanitaria Locale con deliberazione numero 1345 del 12.08.2021.

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.ausl.pe.it/documenti](http://www.ausl.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 Medico, in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso di comprovata esperienza professionale in procedure endoscopiche operative avanzate, sia del tratto biliopancreatico che del tratto gastrointestinale.

Dichiara, altresì, di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso interno al seguente indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 quanto 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.

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_