***ALLEGATO*** “***A”***

**Al Direttore Generale della**

**Azienda Sanitaria di Pescara**

**Via Renato Paolini n. 47**

**65124 – PESCARA**

Il sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

dipendente a tempo indeterminato dell’Azienda USL di Pescara in qualità di Dirigente Medico disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero Medico Convenzionato presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_recapito telef**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;**

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico **“Medico Incaricato del Servizio Sanitario presso il Comando Provinciale Vigili del Fuoco di Pescara”** indetto da codesta Azienda Unità Sanitaria Locale con deliberazione numero nr. 689 del 03/05/2023.

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 per l’area di interesse, pubblicato sul sito aziendale 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;

Dichiara di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e solleva l’Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo.

Il 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.

Il sottoscritt\_\_ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle previsioni di cui Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196 e del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla protezione dei Dati)D.lvo n. 196/2003 per lo svolgimento di tutte le procedure relative al presente avviso.

**Allega** alla presente domanda di ammissione il **curriculum formativo e professionale**, in carta semplice, datato e sottoscritto, autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Allega altresì copia del proprio documento di identità personale in corso di validità.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_