**DOMANDA** PER L’AVVISO RELATIVO AL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE OCCASIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO SUGLI ACCESSI/ RICOVERI PRESSO I PRESIDI OSPEDALIERI DELLA A.S.L. DI PESCARA

Al Direttore Generale

dell’Azienda Sanitaria Locale di Pescara

via Renato Paolini, 47

65124 - Pescara

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a a partecipare all’Avviso per il conferimento di un incarico DI COLLABORAZIONE OCCASIONALE per lo STUDIO EPIDEMIOLOGICO sugli accessi/ ricoveri presso i presidi ospedalieri della A.s.l. di Pescara.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, anche agli effetti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di chiamarsi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana;
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso;
* di non essere stato licenziato/a a seguito di procedimento disciplinare ovvero di non avere procedimenti disciplinari in corso;
* di essere in possesso del Diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- durata legale del corso anni \_\_\_\_\_\_;
* di possedere documentata competenza ed esperienza nell’ambito dell’epidemiologia, programmazione ed organizzazione sanitaria, sistemi di monitoraggio dell'assistenza sanitaria, valutazione di appropriatezza e qualità dell’assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale;
* di prestare attualmente servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di eleggere il seguente domicilio ove inviare ogni comunicazione relativa alla presente selezione: Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Tel. Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirzzo PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* di non essere stato escluso/a dall’elettorato attivo e/o dispensato dall’impiego presso pubbliche amministrazioni per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
* di autorizzare la A.s.l. di Pescara al trattamento dei propri dati personali per la finalità di “Selezione finalizzata al conferimento di un incarico di collaborazione occasionale”, ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Documenti allegati:

- Curriculum Vitae autocertificato e firmato;

- Dichiarazione sostituiva rilasciata, ai sensi e per gli effetti del d.P.R. 445/2000, sull’assenza di cause di incompatibilità e conflitti di interesse;

- Documento di identità in corso di validità.

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_