Conferimento dell’incarico di Tutor nel Corso di Studio in Tecniche di Laboratorio AA. 2021/2022, riservato al personale TSLB dell’Azienda Sanitaria 03 Abruzzo, ai sensi dell’Art. 4 dell’Accordo attuativo ASL03 Abruzzo-UdA Chieti-Pescara per la disciplina della partecipazione del Personale SSR all’Attività Didattica dei CCdS delle Professioni Sanitarie - Delibera del 10/06/2020 n° 680.

Il sottoscritto nato a il e residente in C.F.

tel.: e-mail:

# in servizio presso la ASL 03 Abruzzo operante nella UOC/UOSD

# Settore:

## C H I E D E

l'ammissione alla selezione di TUTOR per attività di tirocinio degli studenti iscritti ai CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico a.a. 2021/2022.

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia:

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità di:

* essere in possesso del titolo di studio in TSLB conseguito il

presso UNIVERSITA e/o di essere in servizio in qualità di TSLB a tempo indeterminato dal

**\_**di possedere i seguentititoli

 **Titoli di studio:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

##  Titoli professionali

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

**Anzianità di servizio nel ruolo di attuale appartenenza**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

**Partecipazione a corsi di formazione attinenti**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

allega:

1. CV in formato europeo sottoscritto;
2. Copia di un documento di identità valido

**Autorizzo**

il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data

Firma