

**Modello di domanda**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso interno)

**AL DIRETTORE GENERALE**

**DELLA ASL DI PESCARA**

**Via R.Paolini, 47**

**65124 PESCARA**

Il sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso a partecipare all’avviso pubblico, per IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA, AREA PROFESSIONISTI DELLA SALUTE, RUOLO SANITARIO, DENOMINATO **ORGANIZZAZIONE ATTIVITA’ TECNICO SANITARIE AREA RADIODIAGNOSTICHE.**

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (con specifico riferimento agli artt. 19, 46 e 47) consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.di \_\_\_\_\_\_\_) c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di aver prestato ulteriore servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il seguente profilo professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_corrispondente a quello attualmente ricoperto. L’attività lavorativa è stata svolta nei seguenti periodi:

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tipologia rapporto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tempo pieno/tempo parziale (indicare percentuale)

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipologia rapporto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tempo pieno/tempo parziale (indicare percentuale);

N.B. indicare, per ciascun periodo, se trattasi di rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato/a tempo pieno/a tempo parziale. Se a tempo parziale indicare la percentuale;

di essere in possesso dela Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

ovvero

di avere fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni: dal …………… al …………… per …………………. (tipologia)

di non aver riportato valutazioni negative di fine incarico ovvero di non aver riportato valutazioni negative nell’ultimo biennio antecedente l’avviso nell’ambito della valutazione degli incarichi di funzione (ovvero di aver riportato le eguenti valutazioni negative- specificare);

di non aver subito sanzioni disciplinari superiori alla multa nell’ultimo biennio (ovvero di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari -specificare);

di non aver riportato sentenza di condanna penale nell’ambito di eventuali procedimenti a proprio carico ( ovvero di aver riportato le seguenti sentenze di condanna- specificare);

di essere regolarmente iscritto all’Albo /Ordine professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere in regola con i versamenti relativi alla quota di iscrizione;

di essere in possesso del seguente **CURRICULUM PROFESSIONALE** nell’ambito del quale viene dichiarato ogni titolo conseguito atto a dimostrare le proprie capacità professionali e l’esperienza acquisita, anche riferita a precedenti incarichi, in relazione all’incarico da affidare (è possibile anche allegare CV in formato pdf :

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

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 a 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 asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego fotocopia fronte-retro documento d’identità nr.

rilasciato il da

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

Si allega copia di un valido documento di identità

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

Firma

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