

All. A

Al Direttore Generale della ASL n. 5 di Oristano

via pec

protocollo@pec.asloristano.it

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE

a partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di sostituzione ex art. 25 del CCNL Area Sanità, sottoscritto il 23.01.2024, di Direzione della Struttura Complessa " _____ " afferente al Dipartimento _____ della ASL n. 5 di Oristano.

A tal fine,

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I. SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA DI:

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti;
- consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni,

1. di essere nato/a a _____ il _____;
2. di essere residente a _____ CAP _____,
Via _____ n. _____ tel. _____;
3. di essere dipendente della ASL n. 5 di Oristano, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
4. di prestare la propria attività in regime di **(BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)**

- ☒ esclusività
☐ non esclusività

al momento della scadenza del termine per la presentazione della domanda fissato nell'avviso;

5. di essere inquadrato nel profilo di **dirigente** _____
disciplina: _____ dal _____;
6. di essere attualmente in servizio presso la SC/
_____ afferente al Dipartimento _____;
7. di essere titolare del seguente incarico dirigenziale:

- ☒ di direzione di struttura semplice
☐ di altissima professionalità

☒ ☐ di alta specializzazione

☒ ☐ altro

dal (indicare giorno/ mese/anno)

☒ ☐ nessun incarico

8. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
9. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali.

Allega i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato digitalmente, e reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- scansione di un documento di identità in corso di validità;
- altro (documenti e titoli che si ritenga opportuno presentare nel proprio interesse).

Distinti saluti

FIRMA DIGITALE _____