Al DIRETTORE GENERALE

dell’IRCCS Centro di Riferimento Oncologico

Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO PN

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_)

IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MATRICOLA N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, consapevole altresì che ai sensi dell’art.75 del D.P.R. stesso, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera*

**D I C H I A R A**

di essere dipendente del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere titolare del seguente incarico:

* INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA SEMPLICE
* INCARICO PROFESSIONALE DI ALTISSIMA PROFESSIONALITA’
* INCARICO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
* INCARICO PROFESSIONALE, DI CONSULENZA, DI STUDIO E RICERCA, ISPETTIVO, DI VERIDICA E DI CONTROLLO
* Altro (specificare)……………………………………………

di essere in possesso di esperienza della seguente esperienza professionale:

* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;
* dal ………………… al ………………….. presso l’Azienda ……………………………… nel profilo professionale di …………………………….. disciplina…… tipologia incarico………..;

CHIEDE

**DI PARTECIPARE ALLA SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI SOSTITUZIONE ART. 22 CCNL AREA SANITA’**

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE:**

* FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO D’IDENTITA’;
* CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE DATATO E FIRMATO(Redatto in forma di autocertificazione);

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità della procedura in argomento.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_