***Allegato***

# All’IRCCS – Centro di Riferimento Oncologico di Aviano

# Via Franco Gallini n. 2

**33081 Aviano (PN)**

**OGGETTO**: Avviso interno di mobilità volontaria presso L’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO) per n. 1 C.P.S. – Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, per il completamento del trasferimento del personale impiegato nelle attività di Medicina Trasfusionale dall’IRCCS - Centro di Riferimento Oncologico di AVIANO (CRO) all’Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AsFO). **Manifestazione di interesse**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A | COGNOME | NOME |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NATO/A IL |  | A | PROV |  |

MATRICOLA

# RESIDENZA

N.

VIAA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CAP | CITTA’ | PROV |  |

TELEFONO FISSO

CELLULARE

E-MAIL PEC (eventuale)

E-MAIL

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

*(barrare la casella che interessa)*

#  ad essere trasferito presso l’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (AsFO)

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all’art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze previste dall’art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci

# DICHIARA

 di essere dipendente dell’IRCCS – CRO di Aviano (PN) con profilo di Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico a tempo indeterminato e pieno – 36 ore

# DICHIARA altresì

 di manifestare il proprio consenso, ai sensi del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali), al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti per le finalità connesse al trasferimento di funzioni

# ALLEGA

* **curriculum vitae** redatto con finalità di autocertificazione ex artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, datato e firmato (contenente l’esatta indicazione dei servizi prestati/dell’attività formativa/delle pubblicazioni e di ogni ulteriore informazione ritenuta utile);
* una fotocopia non autenticata di un documento di identità personale, in corso di validità e leggibile in tutte le sue parti.

Data, Firma