**Modulo per la partecipazione alla procedura interna**

**per il conferimento degli incarichi Responsabile di Struttura Semplice**

Al DIRETTORE GENERALE

dell’IRCCS Centro di Riferimento Oncologico

Via Franco Gallini, 2 - 33081 AVIANO PN

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

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

IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MATRIC. 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 dirigente in servizio presso il CRO di Aviano;
* di essere in possesso di (***barrare con una X*** *l’apposito spazio della prima colonna a sinistra, a fianco dell’indicazione esatta della qualifica –* ***indicare a destra la specializzazione****)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***QUALIFICA*** | ***SPECIALIZZAZIONE*** |
|  | DIRIGENTE MEDICO |  |
|  | DIRIGENTE BIOLOGO |  |
|  | DIRIGENTE PSICOLOGO |  |

* di avere maturato almeno 5 anni di servizio alla data del 31.12.2017, senza soluzione di continuità, con qualifica dirigenziale presso la stessa o altra Azienda del SSN in profilo attinente alla Struttura per la quale ci si candida;
* di avere valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico;
* di essere assegnato presso il Dipartimento / SOC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

CHIEDE

**di partecipare alla procedura interna per il conferimento del seguente incarico di Responsabile di Struttura Semplice (*barrare con una X nella colonna di sinistra la posizione per sui si intende concorrere*):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***N.ID.*** | ***Direzione - Dipartimento*** | ***POSIZIONE DA CONFERIRE*** | ***PROFILO*** ***PROFESSIONALE*** |
|  | 1 | Dipartimento di Oncologia Clinica | SOSD Psicologia Oncologica  | Dirigente psicologo |
|  | 2 | Dipartimento di Oncologia Clinica | SOSD Chirurgia Oncologica Generale | Dirigente medico |
|  | 3 | Dipartimento di Oncologia Clinica | SOSD Terapie Cellulari e Alte Dosi | Dirigente medico |
|  | 4 | Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie | SOSD Area di Oncologia integrata per Adolescenti e Giovani Adulti | Dirigente medico |
|  | 5 | Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori | SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo Oncologico | Dirigente medico |
|  | 6 | Dipartimento di Oncologia Clinica | SOSI Malattie Infettive e Tumori | Dirigente medico |
|  | 7 | Dipartimento di Oncologia Clinica | SOSI Dermatologia oncologica preventiva | Dirigente medico |
|  | 8 | Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie | SOSI Radiologia Senologica | Dirigente medico |
|  | 9 | Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie | SOSI Radioterapia Metabolica | Dirigente medico |
|  | 10 | Dipartimento Clinico delle Alte Tecnologie | SOSI Terapie Integrate delle Neoplasie Gastrointestinali, Sarcomi e Tumori Rari | Dirigente medico |
|  | 11 | Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori | SOSI Genetica Tumori Ereditari | Dirigente biologo |
|  | 12 | Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori | SOSI Tecnologie Cliniche e Sperimentali per le Terapie Cellulari | Dirigente medico |

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE:**

* FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO D’IDENTITA’;
* CURRICULUM PROFESSIONALE E FORMATIVO DATATO E FIRMATO REDATTO IN FORMA DI AUTOCERTIFICAZIONE, NECESSARIO AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLA CANDIDATURA;

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

FIRMA

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