

(FAC SIMILE DOMANDA)

AL DIRETTORE GENERALE
DOTT. ANGELO PENNA

Il/la sottoscritt _____

nato/a a _____ il _____ (prov. _____) residente
in _____ (prov. _____) Via _____ n. _____,
chiede di essere ammesso alla selezione interna per la copertura di n.1 posto di **DIRETTORE DI
STRUTTURA COMPLESSA: "SERVIZIO INFORMATIVO E CONTROLLO DI
GESTIONE**

Dichiara sotto la propria responsabilità (barrare la casella):

- di essere dipendente dell'ASL NO a tempo indeterminato con qualifica di _____ presso la struttura _____;
- di **essere** in possesso di esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni maturata con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato, nonché con incarico dirigenziale equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei Paesi dell'Unione Europea, prestati con o senza soluzione di continuità;
- di aver superato con esito positivo le verifiche periodiche effettuate dal Collegio Tecnico;
- di **non essere** in possesso di esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni maturata con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e a tempo determinato, nonché con incarico dirigenziale equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei Paesi dell'Unione Europea, prestati con o senza soluzione di continuità (indicare gli anni di esperienza: _____);
- di **essere/non essere*** stato destinatario di pronunce a proprio carico in tema di responsabilità penale, professionale, contabile-amministrativa (in caso affermativo specificare quali: _____);
- di **essere/non essere*** stato destinatario di sanzioni disciplinari nell'ultimo biennio (in caso affermativo specificare quali: _____);
- di non avere procedimenti penali in corso;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
- | | | | |
|---------------|------------|----|--------------|
| Laurea _____, | conseguita | in | data |
| _____ | presso | | l'Università |
| _____ | | | _____; |
| Laurea _____, | conseguita | in | data |
| _____ | presso | | l'Università |
| _____ | | | _____; |

- di aver prestato i seguenti servizi presso P.A. (indicare: i periodi, la qualifica, se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del DPR 761/1979 e le eventuali cause di cessazione):

- di autorizzare l' ASL NO al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196

* cancellare la parte di non interesse

Data _____

Firma _____

Allegato:

curriculum professionale, datato e firmato e reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000
fotocopia documento di riconoscimento.

