

Modello di domanda per il conferimento di incarico di posizione organizzativa

Al Commissario della ASL 6
Via Giuseppe Ungaretti
09025 SANLURI

_____	sottoscritt_____	_____	nat_____	a
_____	(prov. _____)	il ____/____/____,	residente in	
_____	(prov. _____)	in via/piazza		
_____	n° _____	CAP _____	numero di telefono	
_____	recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni)			

CHIEDE

di partecipare alla selezione per il conferimento dell'incarico della posizione organizzativa
**“COORDINAMENTO ATTIVITA' DI SEGRETERIA E RAPPORTI ISTITUZIONALI CON LA REGIONE ED ATLR I
ENTI”**

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere nato/a a _____ il ____/____/____;
- Di essere residente in _____ prov. (_____) in Via/Piazza
_____ n° _____ CAP _____;
- Di essere dipendente di questa Azienda con inquadramento nella qualifica di:
_____, ctg. _____ e
di prestare servizio presso _____ del P.O./Distretto
sanitario/Dipartimento di _____;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito presso _____ in data _____;
- Di aver Di aver prestato inoltre servizio presso le amministrazione e gli enti indicati nella
dichiarazione sostitutiva allegata
- Di accordare il consenso a che i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di
comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge, ai sensi
dell'art. 13 del d. Lgs. N. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni;

Il/La sottoscritto/a allega alla presente elenco dei documenti e dei titoli presentati nonché curriculum formativo e professionale.

Data _____

Firma _____

(non necessita di autenticazione ai sensi del D.P.R. 445/2000)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a
_____ (____) il _____ residente a
_____ (____) in Via _____ n.
_____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- che tutte le fotocopie dei titoli allegati sono conformi all'originale;
- che quanto dichiarato nell'allegato curriculum formativo e professionale corrisponde a verità

data

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

