

Schema di domanda di ammissione all'Avviso Interno per il Conferimento dell'Incarico di Organizzazione (ex Funzioni di Coordinamento) struttura Medicina Generale Donne.

Al Commissario Straordinario
Azienda Ospedaliera
" Pugliese Ciaccio"
Via Vinicio Cortese, n°25
88100 Catanzaro

Oggetto: Domanda di ammissione all'Avviso Interno di cui alla Deliberazione Aziendale n°730/2020 del 19/06/2020 per il conferimento dell'Incarico di Organizzazione (ex Funzioni di Coordinamento) presso la struttura Medicina Generale Donne.

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a all'Avviso Interno per il Conferimento dell'Incarico di Organizzazione (ex Funzioni di Coordinamento), presso la struttura Medicina Generale Donne.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

- di essere nato/a a, (Prov.....), il
- di essere residente a, (CAP.....), (Prov.....), via..... n°.....;
- i seguenti dati: Codice Fiscale:, email:....., pec:....., tel:
- il possesso del seguente titolo di studio.....;
- di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato presso l'Unità Operativa di
- di essere inquadrato nella categoria D, compreso il livello economico DS, nel profilo professionale previsto nei requisiti di ammissione dell'Avviso interno, e precisamente:

Ruolo:

Categoria:

Profilo Professionale:

- Di essere in possesso di un'esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza (previsto dal citato Avviso);

Di essere in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270, ovvero del certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, per l'esercizio della funzione di coordinatore.

DICHIARA ALTRESÌ:

- o di aver prestato servizio, con rapporto di impiego, presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni:

Azienda....., periodo dal al.....,

tipologia rapporto (specificare indeterminato o determinato, tempo pieno o tempo parziale), categoria, ruolo e profilo di inquadramento.....;

- o Di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti;

- o che l’indirizzo, con l’impegno di comunicare ogni eventuale variazione, al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente avviso, è il seguente:

.....
.....

DICHIARA INOLTRE

- o Di non aver riportato condanne penali e di non aver subito nel biennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso sanzioni disciplinari, e di non avere procedimenti disciplinari in corso (se si, specificare quali);

- o Di aver preso visione del profilo che caratterizza l’incarico oggetto della procedura di conferimento in essere;

- o L’integrale conoscenza ed accettazione delle disposizioni contenute nell’Avviso Interno per il conferimento dell’incarico di organizzazione (ex funzione di coordinamento) di cui alla Deliberazione Aziendale n. del

ALLEGA:

- o Curriculum vitae redatto su carta semplice e con finalità di autocertificazione ex artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i., datato e firmato, con la seguente formula:

“Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, attesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato DPR 445/2000, che quanto dichiarato nel presente curriculum formativo e professionale corrisponde a verità”;

- o Una breve relazione (max 20 righe) descrittiva del proprio profilo di competenze e delle attività svolte;

- o una fotocopia non autenticata di un documento di identità personale, in corso di validità e leggibile in ogni sua parte.

Data

Firma

.....

.....