

Schema di domanda di ammissione all'avviso interno per il conferimento di incarichi di organizzazione – per le sole funzioni di coordinamento per il personale delle professioni sanitarie

Al Commissario Straordinario
ASL di Frosinone
Via A Fabi s.n.c., 03100 - Frosinone

Oggetto: domanda di ammissione all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di funzione di coordinamento per il profilo professionale

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

residente a _____ (Cap _____) (Prov. _____)

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

E-Mail _____ PEC _____

Tel. _____

CHIEDE

di essere ammess__ all'Avviso interno per il conferimento dell'incarico di funzione di coordinamento e indico area/UO di interesse:

1. _____

2. _____

3. _____

di cui all'avviso pubblicato.

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale 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

❖ *i seguenti requisiti specifici di ammissione (barrare casella):*

di essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, anche in posizione di comando da _____ altre Amministrazioni (in tal caso specificare: _____), presso la ASL di Frosinone (barrare);

di essere inquadrato nella categoria D, compreso livello economico DS, nel profilo professionale:

ruolo: _____

categoria: _____ liv. Economico _____

profilo professionale: _____

di essere in possesso di tre anni di esperienza professionale in categoria D - DS, nel profilo di appartenenza;

di essere in possesso del Master di 1° liv. in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, (dove previsto e indicato nel bando) rilasciato ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al D.M. 3 novembre 1999, n° 509 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e dell'art. 3 comma 9, del regolamento di cui al D.M. 22 ottobre 2004, n° 270 del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca. (Per il profilo di Infermiere è valido altresì il certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, rilasciato in base alla pregressa normativa).

Conseguito in data _____ presso _____

di regolarmente iscritto all'Ordine _____
_____ n° pos. _____;

DICHIARA ALTRESI'

di avere prestato servizio/di prestare servizio con rapporto d'impiego presso le seguenti Pubbliche Amministrazioni con specifica degli eventuali incarichi conferiti:

AZIENDA _____

○ periodo: dal _____ al _____

○ tipologia rapporto: _____ (specificare: indeterminato/determinato, tempo pieno/ tempo parziale)

○ categoria, ruolo e profilo di inquadramento: _____

○ eventuale incarico conferito (specificare: *tipologia contrattuale, denominazione e durata*):

✓ tipologia contrattuale: _____

✓ denominazione: _____

✓ durata: dal _____ al _____

(Sezione da ripetere per ogni periodo di lavoro/tipologia incarico)

AZIENDA _____

○ periodo: dal _____ al _____

○ tipologia rapporto: _____ (specificare: *indeterminato/determinato, tempo pieno/ tempo parziale*)

○ categoria, ruolo e profilo di inquadramento: _____

○ eventuale incarico conferito (specificare: *tipologia contrattuale, denominazione e durata*):

✓ tipologia contrattuale: _____

✓ denominazione: _____

✓ durata: dal _____ al _____

(Sezione da ripetere per ogni periodo di lavoro/tipologia incarico)

di prestare il proprio consenso, ex art. 13 Reg. UE 2016/679, al trattamento dei dati personali, spontaneamente forniti, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, consapevole che il conferimento di tali dati è necessario ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione e l'eventuale diniego comporterebbe l'impossibilità di accedere alla procedura di selezione;

che l'indirizzo – con l'impegno di comunicare ogni eventuale variazione – al quale può essere fatta ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

dott. _____

via/piazza _____ n. _____

telefono n. _____

cap. n. _____ città _____

E-mail _____

P.E.C.

(in caso di mancata indicazione le comunicazioni saranno inviate all'indirizzo indicato quale residenza)

DICHIARA INOLTRE

che non sussistono cause di incompatibilità ex artt. 9 e 12 D.Lgs. 39/2013 e s.m.i. e inconfiribilità ex art. 3 D.Lgs. 39/2013 e s.m.i. in quanto non ha subito condanna, anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del Codice Penale (Reati contro la Pubblica Amministrazione) (barrare) - in caso contrario, specificare provvedimenti/procedimenti penali in corso _____);

l'integrale conoscenza ed accettazione delle disposizioni contenute nell'avviso interno di procedura comparativa ;

ALLEGA

- **curriculum vitae** redatto su modello Europass incarta semplice e con finalità di autocertificazione ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, **datati e firmati**;
- N° _____ pubblicazione scientifiche
- altra documentazione ritenuta utile ai fini del conferimento dell'incarico:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- una fotocopia non autenticata di un documento di identità personale, in corso di validità e leggibile in tutte le sue parti.

_____/_____
(data)

(Firma)