

**FAC-SIMILE SCHEMA DI DOMANDA**

Al Direttore

S.O.C. DIPSA

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### C H I E D E

di essere ammesso/a alla procedura di selezione interna aziendale per il conferimento del sottoelencato incarico di organizzazione per l’esercizio della funzione di coordinamento ex L. n. 43/2006 ruolo sanitario profilo di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Denominazione incarico: “Coordinamento UO Medicina Malattie Infettive P.O. Verbania”

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni stabilite dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e s.m.i., e dall’art. 55-quater D. Lgs. n. 165/2001, e s.m.i., nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi secondo quanto previsto.

**D I C H I A R A**

di essere nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

* di essere dipendente a tempo indeterminato e pieno/parziale dell’A.S.L. VCO nella Categoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del profilo professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell’area di appartenenza, rilasciato dall’Università ai sensi dell’art. 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’art. 3, comma 9, del Regolamento di cui al decreto del Ministero dell’istruzione, dell’Università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270 ovvero, in alternativa al master, il possesso del certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell’assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa (indicare denominazione, Università e data conseguimento);
* di avere una esperienza almeno triennale nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere appartenenza nella categoria D) compreso il livello economico Ds);
* di essere iscritto/a all’Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – Sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di prestare servizio presso la S.O.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver riportato, negli ultimi due anni, sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale;
* di autorizzare l’A.S.L. VCO al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali n. 676/2016 e norme attuative, per gli adempimenti connessi all’Avviso di selezione interna in oggetto e per quelle inerenti la gestione dell’incarico eventualmente conferito;
* di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente avviso al seguente indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome, nome, indirizzo, città, cap, telefono, cellulare, posta elettronica certificata, email)*

All’uopo allega:

* 1. Curriculum formativo e professionale
  2. Copia di valido documento di identità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_