



Allegato n. 1

**Al Direttore/Responsabile
SOC/SOS/SOS Dip. _____
ASL VCO**

Il/La sottoscritto/a _____

In servizio presso la Struttura _____

manifesta interesse

Al conferimento dell’Incarico attivo presso la Struttura _____

denominato _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall’Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara:

- 1) di essere nato/a _____ il _____
- 2) di essere residente a _____ CAP _____
Via _____ n. _____ tel. _____
- 3) di essere in possesso di un’anzianità di servizio di _____ anni e di aver superato positivamente la verifica ai sensi degli artt. 55, e seguenti, del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019 (Triennio 2016 – 2018).
- 4) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il Regolamento U.E. n. 779/2016, il D. Lgs. n. 196/2003 e di avere preso visione dell’informatica sulla tutela dei dati personali.

Allega i seguenti documenti:

1. *Curriculum* formativo e professionale
2. Ulteriore documentazione prodotta _____

_____, _____
(Luogo) (Data)

Firma _____