



Al **Direttore SOC**
"Gestione Personale e Relazioni Sindacali"

e p.c. **SOC "Di.P.Sa."**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione interna aziendale per il conferimento del sottoelencato Incarico di Funzione, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato nell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari, appartenente al seguente profilo professionale _____

Incarico di Funzione Organizzativa/Professionale: _____
(indicare la denominazione dell'Incarico per cui si presenta la candidatura)

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

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. __, il ____/____/_____
residente a _____ prov. __, Via/V.le/Corso _____ n. __, C.A.P. _____

Di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

(compilare e barrare, ove necessario, l'alternativa errata)

1. dipendente a tempo indeterminato dell'ASL VCO nell'Area degli Assistenti/Professionisti della Salute e dei Funzionari nel profilo professionale _____
dal ____/____/_____
☐
2. possesso del diploma di Laurea o titolo equipollente (Laurea triennale) – solo per gli Incarichi di Funzione Organizzativa dell'Area dei Professionisti della Salute e Funzionari;
☐



3. esperienza almeno quinquennale/quindicennale nel profilo professionale _____;
4. in servizio presso _____;
5. di non aver subito provvedimenti disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni.

Autorizza l'ASL VCO al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali n. 679/2016 e norme attuative, per gli adempimenti connessi all'Avviso di Selezioni Interne in oggetto e per quelle inerenti alla gestione dell'incarico eventualmente conferito.

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione relativa al presente Avviso al seguente indirizzo *e-mail*: _____.

All'uopo allega:

1. *curriculum* formativo e professionale;
2. copia di valido documento di identità.

_____, lì _____
(Luogo) (Data)

Firma _____