

ALLEGATO 2**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**ALL'AVVISO INTERNO PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI DIRETTORE SOSTITUTO DELLA U.O.S.D.
NEUROLOGIA U NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO AREA MEDICA DEA I**

**AL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Sabrina CENCIARELLI**

**Per il tramite dell'U.O.C. RECLUTAMENTO DEL PERSONALE
PEC: concorsi@pec.ausl.latina.it**

II/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

nat__ a _____ Prov ____ il _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Tel. _____

email: _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Interno, per il conferimento dell'incarico di Direttore sostituto della U.O.S.D. NEUROLOGIA U afferente al Dipartimento AREA MEDICA DEA I.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del medesimo Decreto del Presidente della Repubblica,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di prestare servizio nella ASL di Latina in qualità di Dirigente Medico Disciplina di _____
presso la U.O. _____ afferente al Dipartimento _____, in conformità a quanto previsto per la partecipazione
alla presente procedura selettiva in intestazione;

- di essere in possesso di un'anzianità di servizio a tempo determinato/indeterminato così maturata:
dal _____ al _____ a tempo _____;
dal _____ al _____ a tempo _____;
dal _____ al _____ a tempo _____;

ASL Latina

C.D.C. "Latina Fiori" Pal. G2 – V.le P. L. Nervi, snc
04100 Latina

t. +39.0773.6551
www.asl.latina.it
p.iva 01684950593

- di essere titolare dell'incarico dirigenziale denominato _____

- di essere titolare di incarico di Struttura Semplice denominata _____

- di aver superato con esito positivo le apposite verifiche effettuate dal Collegio Tecnico

ovvero

- la verifica da parte del Collegio Tecnico è in itinere:

[A] per l'accertamento delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti nei precedenti incarichi;

[B] per l'accertamento delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti al termine del primo quinquennio di servizio;

I candidati che hanno la valutazione in itinere da parte del Collegio Tecnico, potranno comunque presentare regolare domanda. Nel caso in cui venissero proposti per il conferimento dell'incarico, agli stessi sarà conferito con riserva da sciogliersi all'esito della valutazione da parte del Collegio Tecnico.

- di accettare, senza riserva, tutte le prescrizioni e precisazioni contenute nel presente Avviso e tutte le norme in esso richiamate.

- di accettare ad ogni effetto di legge, di ricevere le comunicazioni riguardanti la presente procedura, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____.

Allega alla presente domanda la sotto elencata documentazione prevista dall'Avviso:

Curriculum formativo e professionale in formato europeo datato e firmato redatto in forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del DPR 44/2000 e s.m.i.

Copia non autentica di un documento di identità personale, leggibile in tutte le sue parti, in corso di validità;

Altro _____.

Data, _____

Il dichiarante

t. +39.0773.6551

www.asl.latina.it

p.iva 01684950593

ASL Latina

C.D.C. "Latina Fiori" Pal. G2 – V.le P. L. Nervi, snc
04100 Latina