Al Direttore Generale

Dott. Maurizio Di Mauro

La/Il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_), alla Via/Piazza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_), tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

in servizio presso questa Azienda dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con la qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso\_(specificare PO e UO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla Selezione Interna per la realizzazione del progetto “Abbattimento

Lista di Attesa delle visite ambulatoriali”

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e della possibilità di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione didocumenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi degli Artt. 46 - 47 - 48 - 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_) alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di prestare servizio presso l’ A.O.R.N. dei Colli, Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con

qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

1. di essere iscritto all’Albo/Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 D. Lgs. n. 196/2003;
3. di accettare senza riserve tutte le prescrizioni e condizioni riportate nel presente bando.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ allega altresì alla presente la seguente documentazione:

* Copia del certificato recante il giudizio di idoneità del medico competente
* Copia del documento d’identità in corso di validità

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