



A.O.R.N.
“AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI”
Monaldi - Cotugno - CTO
NAPOLI

Servizio Integrato delle Professioni Sanitarie SIPS
Direttore *ff. dott.ssa Maria Valeria Di Martin*

Al Direttore Generale
Dott. Maurizio Di Mauro

La/il Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ residente in _____ alla _____

Via/piazza _____ n. _____ (CAP) _____ tel. _____

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 **“Vaccini Anti Covid-2019 Pediatrici Bambini dai 5 anni a gli 11 anni”**. Presso il PO V. Monaldi.

A tal fine consapevole delle responsabilità penali e della possibilità di decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, cui può correre in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti e titoli falsi ovvero di formazione di atti falsi, ai sensi dell'art. 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. _____ tel _____
e mail _____
3. di essere iscritto all'Albo dei _____ con n. _____ del _____
4. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D. Lgs.n.196/2003;
5. di Accettare senza riserve tutte le prescrizioni e condizioni riportate nel presente bando.

Data _____

Firma _____

Il/La Sottoscritto _____ allega alla presente la seguente documentazione