

Al Direttore Generale
ASL Ogliastra

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE

al conferimento dell'incarico di Responsabile di UOSD "Farmacia Ospedaliera"

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'Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a _____ il _____;

2. di essere residente a _____ CAP _____

Via _____ n. _____ tel. _____;

3. di essere in possesso di un'anzianità di servizio in qualità di dirigente, di _____ anni, nella specifica disciplina: _____;

4. di aver superato positivamente le verifiche al termine del primo quinquennio di servizio da parte del relativo Collegio Tecnico;

5. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali.

Allega i seguenti documenti:

- **curriculum formativo e professionale, datato e firmato;**
- **dichiarazione di assenza di cause di inconfiribilità e di incompatibilità;**
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**
- _____ (altro)
- _____ (altro)

Distinti saluti.

Data, _____

FIRMA _____