

**Al Direttore Generale
ASL Ogliastro**

Il/la sottoscritto/a _____

MANIFESTA L' INTERESSE

a partecipare all'avviso interno per il conferimento dell'incarico di sostituzione ex art. 22 del CCNL Area Sanità, sottoscritto il 19.12.2019, di direzione della Struttura Complessa afferente al Dipartimento **Integrazione Ospedale-Territorio** della ASL Ogliastro, denominata SC **Riabilitazione Ospedaliera-Territoriale**.

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,

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 E S.M.I.

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DICHIARA DI:

1. di essere nato/a a _____ il _____ ;
2. di essere residente a _____ CAP _____
3. Via _____ n. _____ tel. _____
4. di essere dipendente della ASL Ogliastro, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
5. di prestare la propria attività in regime di
☐ esclusività
☐ non esclusività
al momento della scadenza del termine per la presentazione della domanda fissato nell'avviso;
6. di essere inquadrato nel profilo di **dirigente** _____ -
disciplina: _____ dal _____ al _____
di essere attualmente in servizio presso la SC/UO _____ della ASL Ogliastro.
7. di essere titolare del seguente incarico dirigenziale:
☐ di direzione di struttura semplice
☐ di altissima professionalità
☐ di alta specializzazione
☐ altro
dal (indicare giorno/ mese/anno)

☐ nessun incarico

(BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)

8. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
9. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali fatto proprio dalla ASL Ogliastra.

Allega i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- *scansione di un documento di identità in corso di validità.*

Distinti saluti

DATA, _____ FIRMA _____