

DIRETTORE GENERALE
ASL GALLURA
protocollo@pec.aslgallura.it

Oggetto: domanda per l'attribuzione di incarico provvisorio per n° 5 ore settimanali di Specialistica ambulatoriale, branca DERMATOLOGIA.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico provvisorio di specialistica ambulatoriale nella branca di _____, giusto avviso pubblicato in data _____.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., **dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:**

1. di essere nato a _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso del titolo di studio: _____ conseguito presso _____, il _____ nell'anno _____;
3. di essere iscritto all'Ordine Professionale/albo Professionale: Provincia di _____ dal _____;
4. di aver conseguito la specializzazione in: _____ presso: _____ il _____ nell'anno _____;
5. di avere svolto o di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica come titolare, sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato
presso _____ per n. oredalal.....
presso _____ per n. oredalal.....
presso _____ per n. oredalal.....

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Allega copia fotostatica di un valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo o pec:

Sig. _____ Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ (Tel. _____)

Pec _____

Data _____

Firma _____