



**MODELLO DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
AL DIRETTORE GENERALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (provincia di \_\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso di Selezione Interna, con valutazione comparativa dei curricula, per il conferimento delle funzioni sostitutive di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di " \_\_\_\_\_ " ai sensi dell'art. 25 comma 2, lettera A e B Ccnl 2019/2021 dell'Area Sanità.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e s.m.i. concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (prov; \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
  2. di essere dipendente dell'Azienda ASL Salerno, a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_
  3. con la qualifica di \_\_\_\_\_
  4. di essere titolare di incarico di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: \_\_\_\_\_
1. di autorizzare l'Amministrazione, per le finalità di cui al presente avviso, al trattamento dei dati personali;

Luogo e Data

(Firma per esteso non autenticata)

Allegare copia fotostatica:

- documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art.38 D.P.R. 445/2000
- titoli presentati
- curriculum formativo e professionale
- ogni altro documento indicato

N.B. - I titoli non adeguatamente documentati, secondo le modalità previste dal presente Avviso, non verranno presi in considerazione.