

Al Direttore Generale ASL 5 Oristano

via pec: risorseumane@pec.asloristano.it

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L'INTERESSE

al conferimento di un incarico di funzione _____(organizzativa/di coordinamento/professionale) denominato “ _____” afferente alla SC/SSD_____

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'Amministrazione, 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. codice fiscale: _____;
3. di essere residente a _____ CAP _____ via n. _____ tel. _____;
4. di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:
 - essere in servizio presso la ASL 5 di Oristano con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato/pieno/parziale/comando (**cancellare le voci che non interessano**), **nel profilo di** _____;
 - di aver conseguito, nell'ultimo biennio o comunque nelle ultime due valutazioni disponibili, la valutazione positiva della performance;
 - di non essere stato/a destinatario/a, nel medesimo periodo, di provvedimenti disciplinari superiori alla multa;
 - inoltre:

PER GLI INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI)

- di possedere il seguente titolo di studio: _____, conseguito presso _____ in data;
- di aver maturato almeno 5 anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza e, nello

specifico, anni_____, mesi _____ giorni _____ , così come risultante dal curriculum vitae;

PER LA FUNZIONE DI COORDINAMENTO (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI):

- di possedere i requisiti di cui all'art. 6, commi 4 e 5 della l. 43/2006 ossia:
- master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dei decreti ministeriali di cui alla citata norma;
- esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza e precisamente anni_____, mesi_____, giorni_____così come risultante dal curriculum vitae;.

ovvero

- di essere in possesso del certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

PER GLI INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE (AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI):

- di aver maturato almeno 5 anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza e, nello specifico, anni_____, mesi _____ giorni _____ , così come risultante dal curriculum vitae;

- 5.** di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 2003 n.196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", modificato e integrato dal Decreto Legislativo n.101 del 10 agosto 2018, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE 2016/679) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati".

Allega i seguenti documenti:

- **curriculum formativo e professionale, datato e firmato;**
- **fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

Distinti saluti.

Data,_____

Firma_____