## Al Commissario Straordinario ASL 5 ORISTANO

via pec: risorseumane@pec.asloristano.it

II/la sc	ttoscritto/a
	MANIFESTA L'INTERESSE
al con	ferimento dell'incarico di:
	; nell'ambito della SC
orovved	A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al imento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti zioni, sotto la propria responsabilità dichiara:
1.	di essere nato/a a;
2.	codice fiscale: ;
3.	di essere residente aCAP
	viantel;
4.	di essere in possesso della laurea in,
5.	specializzato nella disciplina di ;
6.	di essere dipendente della ASL n. 5 di Oristano, con rapporto di lavoro a tempo:
	determinato indeterminato (BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)
7.	numero di Matricola ;
8.	mail aziendale:;
9.	di prestare servizio presso l'U.O;
10.	di aver maturato 5 anni di servizio e di aver superato la verifica del Collegio Tecnico presso la Asl;
11.	di essere in possesso di un'anzianità di servizio di anni;
12.	di aver riportato le seguenti valutazioni annuali:
	anno 2024: anno 2023: anno 2022: anno 2021: anno 2020:
13.	di prestare la propria attività in regime di (BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)
[	esclusività non esclusività

14.		di essere titolare del seguente incarico dirigenziale:	
		di altissima professionalità	
		di alta specializzazione	
		di consulenza, studio e ricerca, ispettivo, verifica e controllo	
		dal (indicare giorno/ mese/anno) nessun incarico	
15.		di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003 e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali;	
16.		di non essere stato condannato, anche con sentenza passata in giudicato, per reati contro la Pubblica Amministrazione	
		(C.I.del titolo II del libro II del codice Penale), ai sensidell'art.35 bis D.Lgs.165/2001 e non incorre in nessuna delle cause di incompatibilità previste dal D.L.gs. n.39 _ 8/4/2013.	
Allega i seguenti documenti:			
	•	curriculum formativo e professionale, datato e firmato;	
	-	fotocopia di un documento di identità in corso di validità.	
Disti	nti s	saluti.	
		Data, Firma	