

**MODULO DICHIARATIVO
PARTICOLARI COMPETENZE**

I sottoscritto _____, nat il ___/___/___ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n°_____, Città _____,
tel./cell._____, PEC _____,
e-mail _____,

Dichiara

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

- Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Pubblicazione incarichi a tempo indeterminato - art. 21 c. 1 ACN 04.04.2024 per il 4° trimestre 2025 per il Comitato Consultivo Zonale di _____:
○ particolari competenze in (precisare) _____
○ Determina di conferimento incarico con particolari competenze n. _____ del _____
- Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Pubblicazione incarichi a tempo indeterminato - art. 21 c. 1 ACN 04.04.2024 per il 4° trimestre 2025 per il Comitato Consultivo Zonale di _____:
particolari competenze in (precisare) _____
○ presso la sede di _____ ASL n. _____;
○ presso la sede di _____ ASL n. _____;
○ presso la sede di _____ ASL n. _____;
- Di allegare n. ____ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nel sopracitato Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo, data_____

Firma _____