Allegato “**A**”

**Al Commissario Straordinario**

**G.O.M. “Bianchi – Melacrino – Morelli”**

**REGGIO CALABRIA**

L/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_::::\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo di residenza: Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare all’Avviso Interno, per soli titoli, per il conferimento dell’incarico di sostituzione art. 25, comma 3, ***U.O.C. “Malattie Infettive”*-** del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria.

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice panali e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

**1.** di essere dipendente di questa Azienda a tempo indeterminato e pieno presso la U.O.C. di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Dipartimento di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

con la qualifica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Specializzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**2.**  di essere in possesso di un’anzianità di servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anni nella disciplina oggetto dell’incarico e di aver maturato almeno cinque anni di anzianità di servizio;

**3.** di ricoprire il seguente incarico dirigenziale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**4.**  di avere la piena idoneità fisica alle mansioni da ricoprire senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una idoneità seppure parziale;

**5.** di aver superato con esito positivo l’apposito processo di valutazione effettuato dal Collegio Tecnico ai sensi dell’art. 57, comma 2 del CCNL Dirigenza Area Sanità del 19/12/2019 (se in possesso);

**6.** di essere informato, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, come recepito dal D. Lgs. n. 101/2018 che i dati di cui al presente avviso saranno trattati dall’Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di assolvere tutti gli obblighi connessi all’espletamento della presente procedura.

Si allegano alla presente:

- Curriculum formativo professionale sottoscritto ai sensi del DPR 445/2000;

- Copia fotostatica del documento di identità incorso di validità datata e firmata;

- Se in possesso copia delle valutazioni del collegio effettuate ai sensi dell’art. 57 comma 2 del C.C.N.L. Dirigenza Area Sanità;

- Se in possesso copia delle valutazioni della performance individuale degli ultimi tre anni.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)