Al Direttore Generale

dell’ATS Città Metropolitana di Milano

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………..……….. ………………………….

CF…………………………………………………………………….nato/a a ………………………………….…………… il ………………………..

e residente a …………………………………………………………………………………………………………………..…… prov. …………….in via ………………………………………………………………………………………………………….…………… n. ………… c.a.p.

**CHIEDE DI PARTECIPARE**

**ALL’ AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO DI FUNZIONE DEL DIPARTIMENTO:**

**DIREZIONE SANITARIA**

* **DIREZ\_3 “Supporto Amministrativo Direzione Sanitaria”**

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue.

1. di essere dipendente dell’ATS Città Metropolitana a tempo pieno /  part-time e indeterminato con la qualifica di ………………………………………………………………….. attualmente assegnato alla seguente Struttura: ……………………………………………………………………………………
2. di avere maturato la seguente anzianità di servizio, nella categoria D/DS come di seguito specificato:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AZIENDA** | **PROFILO** | **DAL**  **(gg/mm/aa)** | **AL (gg/mm/aa)** | **P.T/T.P.\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* P.T. part time T.P. tempo pieno

1. di fornire il seguente indirizzo di posta elettronica presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni comunicazione inerente il presente avviso, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l’ATS della Città Metropolitana di Milano da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità:

e-mail ……………………………………………………………………………………………

Di fornire altresì i seguenti recapiti per eventuali comunicazioni telefoniche:

telefono n. ………………………………………………

cell n. ……………………………………………………………………………………………….

1. Di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento 679/2018 e del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Il sottoscritto allega alla domanda copia documento d’identità in corso di validità e il Curriculum formativo e professionale autocerificato ai sensi di legge.

Data ………………………

Firma

………….………………………………………………………..………

Informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/2003.

I dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse a tale procedura.

Fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dal controllo di cui all’art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Allegare fotocopia documento identità.