

Al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero -  
Universitaria  
"SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo"  
Via Venezia, 16  
15121 ALESSANDRIA

Il/La sottoscritt\* \_\_\_\_\_

nat\* a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

rivolge istanza di partecipazione all'avviso selezione interna per l'individuazione dei dipendenti idonei all'attribuzione dell'incarico di funzione di coordinamento prevista dalla legge 1 febbraio 2006 n. 43 rivolta ai dipendenti di questa Azienda ospedaliera nel seguente profilo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE            | <input type="checkbox"/> OSTETRICA                   |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO | <input type="checkbox"/> TECN.SAN. RADIOLOGIA MEDICA |

Consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., decadrà dai benefici eventualmente conseguiti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000**

– di essere dipendente dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria nel profilo di:

\_\_\_\_\_

– di avere un'esperienza lavorativa almeno triennale nel profilo sopraindicato, in particolare decorrente dal \_\_\_\_\_

– non avere avuto, nei due anni precedenti la data di pubblicazione dell'avviso, procedimenti disciplinari, definitivi o pendenti, conclusi con sanzione superiore alla censura multa;

– non avere avuto, nei tre anni precedenti la data di pubblicazione dell'avviso, valutazione individuale negativa, secondo quanto previsto dalla regolamentazione aziendale in tema di valutazione.

– di essere in possesso master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270 conseguito presso:

\_\_\_\_\_

– allega in alternativa il 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 rilasciato in data \_\_\_\_\_.

– che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative a questa selezione è:

il seguente: cognome, nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ telefono (se diverso da quello già indicato) \_\_\_\_\_.

– indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

– indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a allega alla domanda di partecipazione i seguenti documenti (barrare quelli di interesse):

copia non autenticata del proprio **documento di identità**, in corso di validità;

eventuale copia titoli di studio / formativi;

*Curriculum* formativo e professionale con eventuale lettera di presentazione.

*Il/La sottoscritt\* dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, e sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 e dagli artt. 483-489-495-496 del Codice Penale per le dichiarazioni ed atti falsi e mendaci, che quanto sopra riportato corrisponde a verità.*

*Informativa ai sensi dell'art.13 d.lgs. n. 196/2003 acquisite le informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati). conferisce il proprio consenso, al trattamento dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità indicate dall'informativa ricevuta, dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dall'art.15 e seguenti del GDPR.*

Luogo e data

Firma del dichiarante (per esteso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_