

Fax-simile

Al Direttore Generale  
All'UOC Gestione Risorse Umane  
Azienda Ospedaliera di Cosenza  
Via San Martino Snc  
87100 Cosenza

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DEL RUOLO AMMINISTRATIVO E DEL RUOLO TECNICO, AI SENSI DELL'ART. 29 CCNL COMPARTO SANITA' 2019/2021.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'avviso interno indicato in epigrafe ed a tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni false e mendaci, disciplinate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.,

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_;
- di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente di codesta Azienda Ospedaliera con rapporto a tempo indeterminato/determinato nel profilo di \_\_\_\_\_, ruolo \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, presso l'U.O. \_\_\_\_\_;
- di aver avuto valutazioni annuali positive nell'ultimo biennio disponibile in ordine cronologico;
- di non aver riportato provvedimenti disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni, anteriori alla scadenza del presente avviso;
- di aver maturato cinque (5) anni di esperienza professionale nel profilo di appartenenza;
- di essere idoneo alla qualifica collegata all'incarico oggetto della presente selezione;
- di presentare curriculum formativo e professionale di seguito dichiarato in forma di autocertificazione rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e incluso nella presente domanda;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso interno;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. lgs n. 196/2003 e ss.mm.ii., al Regolamento Europeo n. 679/2016 e al D. lgs n. 101/2018;
- di impegnarsi a comunicare eventuali successive variazioni.

Il/La Sottoscritto/a:

- È consapevole che:

- la convocazione al colloquio previsto dall'avviso verrà pubblicata sul sito aziendale <https://www.aocosenza.it> – sezione “*Concorsi e Avvisi*”;
- qualunque altra comunicazione inerente il presente avviso da parte dell’A.O. di Cosenza verrà effettuata al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_, esonerando codesta Azienda da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità.

- Si candida per:

Unità Organizzativa	Tipologia	Descrizione incarico	Ruolo	Importo

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’AVVISO INTERNO PER L’ATTRIBUZIONE DI INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALL’AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI DEL RUOLO AMMINISTRATIVO E DEL RUOLO TECNICO.**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

- 
- consapevole che l’Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
  - valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 445/2000 come modificato dall’art. 15 della Legge n. 183/2011;
  - consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':**

**TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO**

**(Compreso quello richiesto quale criterio di accesso):**

(Da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente.

Utilizzare il presente schema tante volte quanto necessita)

- Diploma di scuola superiore o Titolo equipollente \_\_\_\_\_  
Conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_;

- Diploma di laurea o Titolo equipollente in \_\_\_\_\_  
Conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_;

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

\_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_.

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

\_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_.

- ALTRI TITOLI DI STUDIO TITOLO:

\_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_.

## **ESPERIENZE PROFESSIONALI**

**(Maturate nello specifico ambito della funzione oggetto dell'incarico o in ambito ad esso correlato):**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze professionali riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa)

presso \_\_\_\_\_ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in \_\_\_\_\_

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.);
- Struttura Privata Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale;

con contratto di tipo:

- dipendente;
- in regime convenzionale (fornirne dati identificativi): \_\_\_\_\_
- contratto di lavoro autonomo di tipo: \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

- a tempo determinato con rapporto di lavoro
- tempo pieno       impegno ridotto (ore sett. \_\_\_\_\_)
- a tempo indeterminato con rapporto di lavoro
- tempo pieno       impegno ridotto (n. ore sett. \_\_\_\_\_)

Motivo dell'eventuale cessazione: \_\_\_\_\_

Eventuali interruzioni: NO       SI

Per i seguenti motivi \_\_\_\_\_



**PERCORSI FORMATIVI A CONTENUTO PROFESSIONALE SPECIFICO**

**(Pertinenti all'incarico da attribuire):**

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita).

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PREZENZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;  non previsto esame finale

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PREZENZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;  non previsto esame finale

**TITOLO DEL CORSO:** \_\_\_\_\_

ENTE ORGANIZZATORE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI SVOLGIMENTO: \_\_\_\_\_

PREZENZIATO COME:  UDITORE  SEGRETERIA SCIENTIFICA  
 RELATORE  CORSO FORMAZIONE A DISTANZA

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza \_\_\_\_\_ pari a ore totali \_\_\_\_\_

con superamento esame finale;  non previsto esame finale

**SI ALLEGANO SCHEDE DI VALUTAZIONI RELATIVE ALL'ULTIMO BIENNIO DISPONIBILE IN ORDINE CRONOLOGICO (La media sarà effettuata su base aritmetica).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_