

Spett. Direzione Generale

ASL 8 Cagliari

l sottoscritt _____ , nat il ___/___/___ a _____,
residente in Via/P.zza _____ n° _____ ,Città _____,
tel./cell. _____ PEC _____
mail Aziendale _____@aslcagliari.it

consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di essere dipendente di Codesta Azienda a tempo indeterminato/determinato,

nel Profilo di _____ , con decorrenza dal _____ ,

presso _____

- Di non avere riportato sanzioni disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni anteriori alla scadenza del presente Avviso.
- Di aver avuto valutazione positiva con riferimento all'ultimo biennio o comunque alle due ultime valutazioni disponibili in ordine cronologico

CHIEDE

Di essere ammesso/a a partecipare alla Selezione interna per il conferimento degli incarichi di funzione organizzativa e di funzione organizzativa di coordinamento, riservato al personale dipendente del comparto - area dei professionisti della salute e dei funzionari, ruolo sanitario:

"Funzione Organizzativa"

di essere in possesso dei requisiti dei cinque anni di attività lavorativa nel profilo di appartenenza.

"Funzione Organizzativa di Coordinamento"

di essere in possesso Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento, di cui alla legge 43/2006 art.6 comma 4 e 5; oppure Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive conseguito ai sensi del R.D. 21/11/1929, n° 2330; esperienza almeno triennale nei profili professionali cui è rivolto il presente Avviso.

SI CANDIDA PER:

ARTICOLAZIONE FUNZIONALE UNITÀ OPERATIVA	SEDE	PROFILO	TIPOLOGIA INCARICO

- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D. Lgs 101/2018;
- di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di selezione.

Allegati alla domanda:

- Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità;
- Curriculum formativo professionale, datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000 formato PDF;
- Allegati B e C

Data _____

Firma _____

trasmissione via pec personale all'indirizzo: servizioprofessionisanitarie.cagliari@pec.aslcagliari.i