

**ALLEGATO A**

Spett. Direzione Generale  
ASL 8 Cagliari

I sottoscritto/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 Professionale (ex B E BS), riservato al personale dipendente del comparto - area degli Operatori: Autista di ambulanza

**"Funzione Professionale**

Articolazione Funzionale Unità Operativa	Sede	Profilo	Peso: Elevato	valore economico
Direzione di Presidio	Cagliari	Operatori Autista ambulanza	100	2000

di essere in possesso dei requisiti dei quindici anni di attività lavorativa nel profilo di

\_\_\_\_\_

**SI CANDIDA PER:**

<b>ARTICOLAZIONE FUNZIONALE UNITA' OPERATIVA</b>	<b>SEDE</b>	<b>PROFILO</b>	<b>TIPOLOGIA INCARICO</b>

- 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 accertare 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;
- Allegato B

Data

Firma

trasmissione via pec personale all'indirizzo: [servizioprofessionisanitarie.cagliari@pec.aslcagliari.it](mailto:servizioprofessionisanitarie.cagliari@pec.aslcagliari.it)