**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

 Al DIRETTORE GENERALE

 dell’ASST di Vimercate

Presso Ufficio Protocollo

Via Santi Cosma e Damiano, 10

 20871 VIMERCATE

**Oggetto:** **domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento e la verifica delle funzioni di coordinamento per il personale sanitario.**

La/ il sottoscritta/o ……………………………………...……., dipendente a tempo indeterminato di codesta ASST, inquadrato/a nel profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – categ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per il conferimento e la verifica delle funzioni di coordinamento per il personale sanitario - emesso con deliberazione n. 307 del 22.04.2020 e n. 352 del 15.05.2020

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 dello stesso D.P.R., dichiara:

1. di essere nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la Struttura/Servizio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di avere superato il periodo di prova;
2. di non aver avuto, nel biennio precedente la selezione, sanzioni disciplinari passate in giudicato con sospensione dal servizio;
3. di sottostare a tutte le condizioni stabilite nell’avviso di cui sopra e nel Regolamento in materia di conferimento, durata e revoca degli incarichi di coordinamento nonché a tutte norme di legge, CCNL e derivanti da regolamenti interni ed eventuali successive modifiche delle stesse;
4. di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando e precisamente:

*(N.B. segnare con una crocetta i requisiti posseduti)*

* master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall’Università ai sensi dell’art. 3, comma 8, del Regolamento di cui alla D.M. dell’Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3.11.1999 n. 509 e dell’art. 3, comma 9, del Regolamento di cui al D.M. dell’Istruzione, dell’Università e della ricerca del 22.10.2004, n. 270;
* certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell’assistenza infermieristica, di cui all’art. 6, comma 5 della L. n. 43/2006, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa;
* esperienza professionale complessiva di tre anni nella categoria D/DS.
1. Incarico di coordinamento per il quale si presenta domanda:

**N.B. SOLO due opzioni: n. 2 all’interno della stessa struttura di afferenza oppure n. 2 opzioni per strutture di afferenza differenti (n. 1 per struttura)**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La/il sottoscritta/o chiede che ogni comunicazione relativa alla selezione le/gli venga fatta al seguente indirizzo:

Indirizzo di posta elettronica istituzionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono ………………………………………. Cellulare …….…………………

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

impegnandosi a comunicare per iscritto le eventuali successive variazioni e riconoscendo che l'amministrazione sarà esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

La/il sottoscritta/o autorizza, ai sensi del GDPR 2016/279 – codice della privacy – e dal D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 e s.m.i.,, il trattamento dei propri dati personali per i fini di gestione della presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ eventuale PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’art 39 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la firma non deve essere autenticata. In caso di mancata sottoscrizione si darà luogo alla esclusione dalla selezione

N.B. DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

* COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’ in caso di spedizione della domanda tramite Ufficio Postale o posta elettronica certificata.
* CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE **datato e firmato**.
* ALTRI EVENTUALI ALLEGATI.