SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)

dei Sette Laghi di Varese

Viale Luigi Borri, 57

21100 Varese

|  |  |
| --- | --- |
| Oggetto: | Avviso pubblico per la individuazione dei componenti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese |

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………..…………………………………….

*(cognome, nome)*

codice fiscale ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

CHIEDE

di partecipare all’avviso per il conferimento dell’incarico triennale di componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese.

A tale fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall’art. 46 del DPR n. 445/2000 e consapevole della responsabilità penale (art. 76 del DPR 445/200) nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

1. di essere nato a ............................................................... il ........................................................

*(luogo e provincia) (giorno, mese, anno);*

1. di essere residente a …………………………………………………………….………………................................................

*(luogo e indirizzo esatto)*

1. di essere in possesso della cittadinanza: …………………………………………………………….……………………………….
2. di non aver riportato condanne penali

oppure di aver riportato le seguenti condanne

1. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

laurea in …………………………………………………………………………………….

conseguita presso………………………………………………………….il…………………………..

1. di essere in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso;
2. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità e inconferibilità previste dal presente avviso;
3. di autorizzare l’utilizzo dei propri dati personale ai fini dell’espletamento della procedura comparativa.

Si allegano alla presente domanda:

* autocertificazione attestante il titolo di studio;
* curriculum vitae formativo e professionale data e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (art. 47 del DPR 445/2000)
* copia di un documento di identità in corso di validità;

Il sottoscritto/a chiede che ogni eventuale comunicazione relativa all’avviso venga trasmessa al seguente indirizzo:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).....................................................................................................

Indirizzo di posta elettronica ordinaria...........................................................................................................

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

impegnandosi a comunicare, per iscritto, all’Ufficio Risorse Umane - Viale Luigi Borri, 57– 21100 VARESE, le eventuali successive variazioni e riconoscendo che l’Amministrazione sarà esonerata da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

.................................…..

*(luogo e data)*

.........................................................

*(firma leggibile)*