**Allegato n. 3**

**SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE**

ASL2

Sistema Sanitario Regione Liguria

Ufficio Protocollo

Via Manzoni n° 14

17100 SAVONA

Oggetto: Selezione interna per titoli e colloquio per il conferimento dell’incarico di Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Chirurgia vertebrale - Dipartimento Ortopedico Traumatologico

\_\_l\_\_sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_\_ a \_\_\_\_ (prov.\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via o Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere ammess\_\_\_ alla selezione interna per il conferimento dell’incarico di Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Chirurgia vertebrale - Dipartimento Ortopedico Traumatologico, riservato ai Dirigenti in servizio presso il medesimo Dipartimento dell’Asl2 - Sistema Sanitario Regione Liguria nella disciplina “Ortopedia e traumatologia”.

**A tal fine, consapevole secondo quanto prescritto dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara, sotto la propria responsabilità,** di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione alla selezione interna di cui all’oggetto:

1. rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso l’Asl2 – Sistema Sanitario Regione Liguria e in servizio presso la S.C.\_\_\_\_\_\_ o S.S.D. \_\_\_\_\_\_del Dipartimento Ortopedico Traumatologico, in qualità di dirigente nella disciplina “Ortopedia e traumatologia”;
2. esperienza professionale dirigenziale non inferiore a cinque anni di servizio nel profilo di dirigente nella disciplina “Ortopedia e traumatologia” a tempo indeterminato, oppure a tempo indeterminato e determinato, prestato senza soluzione di continuità, come dettagliato nel curriculum formativo professionale allegato;
3. superamento con esito positivo delle verifiche effettuate dal Collegio Tecnico, presenti agli atti di codesta Azienda.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara di autorizzare l’Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione venga inviata all’indirizzo di posta elettronica aziendale e allega: curriculum formativo e professionaleredatto con finalità di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, corredato dei documenti ritenuti utili, fotocopia documento di identità di riconoscimento in corso di validità, elenco dei documenti presentati.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_