



Ill.mo Direttore Generale  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda  
Località Montecroce  
25015 – DESENZANO DEL GARDA (BS)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

chiede di partecipare all'avviso interno per l'assegnazione **dell'incarico Dirigenziale di Altissima Professionalità** in

**NEURORADIOLOGIA – Sede di Desenzano**

**Disciplina Radiodiagnostica o equipollente/affine**

Afferente al Dipartimento dei Servizi e alla SC Radiodiagnostica

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA quanto segue**

- a) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b) di essere residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- e) di essere Dirigente Medico a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo pieno presso ASST Garda;
- f) di avere almeno 5 anni di attività nella disciplina oggetto dell'incarico acquisita anche in altri Enti o Aziende del SSN, anche a tempo determinato, nonché presso ospedali o strutture pubbliche dei paesi dell'Unione Europea con o senza soluzione di continuità;
- g) di aver superato positivamente la valutazione del Collegio Tecnico;
- h) di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo e-mail:  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

- di aver conseguito la Laurea in:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di aver conseguito la Specializzazione in:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di aver prestato attività lavorativa presso:

Denominazione del datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato		Qualifica/disciplina	Tipo di rapporto*
_____			
Da (gg/mm/aaaa)	A (gg/mm/aaaa)		
_____/_____/_____	_____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato		Qualifica/disciplina	Tipo di rapporto*
_____			
Da (gg/mm/aaaa)	A (gg/mm/aaaa)		
_____/_____/_____	_____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato		Qualifica/disciplina	Tipo di rapporto*
_____			
Da (gg/mm/aaaa)	A (gg/mm/aaaa)		
_____/_____/_____	_____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato		Qualifica/disciplina	Tipo di rapporto*
_____			
Da (gg/mm/aaaa)	A (gg/mm/aaaa)		
_____/_____/_____	_____/_____/_____		
Denominazione del datore di lavoro: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> privato		Qualifica/disciplina	Tipo di rapporto*
_____			
Da (gg/mm/aaaa)	A (gg/mm/aaaa)		
_____/_____/_____	_____/_____/_____		

(\*) se dipendente indicare: a tempo determinato o indeterminato, supplente, straordinario, se a tempo pieno o part-time con precisazione dell'impegno orario settimanale

(\*) se non dipendente indicare: tipologia contrattuale (libero professionale, co.co.co., co.co.pro., occasionale, ecc.) con precisazione dell'impegno orario medio settimanale o complessivo



- di aver ricoperto i seguenti incarichi dirigenziali:

Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	
Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	
Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	
Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	
Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	
Denominazione incarico _____		Denominazione del datore di lavoro
Da (gg/mm/aaaa) ____/____/____	A (gg/mm/aaaa) ____/____/____	

- di possedere la seguente esperienza professionale nello specifico settore dell'Azienda o di altre Aziende Sanitarie:

---



---



---



---



---

- di possedere la seguente esperienza in altri settori dell'Azienda o di altre Aziende Sanitarie

---



---



---



---



---



Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la non veridicità del contenuto delle predette dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle stesse.

Il/la sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE n. 679/2016 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, preso atto dell'informativa consultabile sul sito internet [www.asst-garda.it](http://www.asst-garda.it) alla sezione privacy, ne autorizza il trattamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

**La dichiarazione sarà tenuta valida solo se debitamente compilata in ogni sua parte.**