



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

MAC RIABILITATIVA - TERAPIA DEL DOLORE COMPRENSIVA DI TECNICHE INVASIVE

Sede di Prevalle

Disciplina Medicina Fisica e Riabilitazione o equipollente/affine

Afferente alla Direzione Socio Sanitaria e alla SC Riabilitazione

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 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.