Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Garda

Al Direttore Generale
ASST del Garda
mail: protocollo.aziendale@asst-garda.it

C.A. DAPSS Aziendale
ASST Garda

Il/La sottoscritto/a .....

CF.....nato/a a ..... il .....

e residente a ..... prov. .....

in via .....n. ..... CAP.....

telefono/cellulare:..... Email: .....

CHIEDE DI PARTECIPARE

ALL'AVVISO INTERNO PER IL CONFERIMENTO DEL SEGUENTE INCARICO DI FUNZIONE:

.....

(numero identificativo dell'incarico di funzione e titolo)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue.

☐ di essere dipendente a tempo indeterminato/determinato dell'ASST del Garda, con la qualifica di ..... attualmente assegnato alla seguente UO/Servizio .....

☐ di aver conseguito una valutazione positiva della performance individuale nell'ultimo biennio

☐ di non aver ricevuto provvedimenti disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni

☐ di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE n. 679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Il/La sottoscritta allega alla domanda

- copia documento d'identità in corso di validità;
- curriculum formativo e professionale autocertificato ai sensi di legge.

Data e Luogo .....

.....

Firma

Informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016
I dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse a tale procedura.

Avvertenza: fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.