Schema di domanda

Al Direttore Generale

Azienda Sanitaria di Potenza

Via Torraca, 2

85100 Potenza

Oggetto: Comitato Unico di Garanzia - Candidatura per la designazione a componente titolare/supplente di parte pubblica nel C.U.G dell’ASP.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente dell’ASP di Potenza con il profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di interpello relativo alla ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia dell’ASP

COMUNICA

la propria disponibilità a far parte, in qualità di componente titolare o sostituto, del Comitato Unico di Garanzia dell’ASP ed a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 DPR 445/2000), dichiara quanto segue:

- di essere nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

- di non aver subito procedimenti disciplinari nel biennio precedente la data di scadenza dell’avviso di interpello;

- di non avere incarichi sindacali.

Il/La sottoscritto/a allega alla domanda:

- curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto, formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi artt. 45 e 46 del DPR 445/2000;

- fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive di cui all’art. 47 del DPR 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alla procedura in oggetto.

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