

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA di PARTECIPAZIONE
Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) - Ufficio Protocollo
Via Torraca n. 2 - 85100 P O T E N Z A

Oggetto: Avviso Interno per il conferimento di incarico Responsabile della Protezione dei Dati /DPO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ Via _____, tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso di Selezione Interna, con valutazione comparata dei curricula e colloquio, per il conferimento del seguente incarico:

Responsabile della Protezione dei Dati /DPO (Data Protection Officer) per l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e ss.mm.ii., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso visione dell'Avviso Interno e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
2. di essere in servizio presso l'Azienda Sanitaria di Potenza dal _____ con la qualifica di _____ Ruolo _____;
3. che le dichiarazioni rese nell'allegato curriculum, anche in relazione ad eventuale documentazione allegata, corrispondono al vero;
4. che l'indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: _____.

Acconsente al trattamento dei dati per le finalità proprie della procedura, nel rispetto della normativa vigente in materia.

Allega curriculum e documento di identità in corso di validità

Luogo e data _____

(firma per esteso in originale del dichiarante)