

## FAC – SIMILE DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario  
Azienda Sanitaria di Potenza  
Via Torraca n. 2  
85100 Potenza (PZ)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### COMUNICA

Di essere interessato all'eventuale immissione in ruolo presso questa ASP in quanto attualmente ivi operante in posizione di *(indicare se comando, art. 42bis, tempo determinato in aspettativa da altra Azienda)* \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel profilo professionale di \_\_\_\_\_ ed attualmente in servizio presso la seguente struttura aziendale ASP \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali delle dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;
- b) di essere in possesso del seguente titoli di studio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(per le lauree indicare anche la data di conseguimento e l'Università presso la quale è stata conseguita; ove per il profilo che si intende ricoprire siano previste abilitazioni, indicare anche le abilitazioni)*

- c) di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo di \_\_\_\_\_  
Area \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi, presso \_\_\_\_\_;
- d) di aver preso visione dell'Avviso pubblicato in data \_\_\_\_\_ e di accettarne tutte le modalità e condizioni in esso indicate

Allega alla presente (barrare quanto allegato)

- ☐ Relazione a firma del Responsabile\Direttore della Struttura aziendale presso cui il dipendente sia comandato, assegnato, ecc...;
- ☐ fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ☐ giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Autorizza il trattamento dei dati personali forniti nel rispetto dei principi di cui alla normativa vigente.

Chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta a:

Email istituzionale \_\_\_\_\_;

Telefono \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_