**Allegato 2**

**FAC-SIMILE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE - da redigere su carta semplice.**

Al Direttore Generale ASL GALLURA

via Bazzoni Sircana n. 2-2A  
07026 Olbia

Il/La sottoscritto/a , chiede di essere ammess a partecipare all’Avviso di selezione interna, per titoli, per il conferimento dell’incarico di funzione professionale

denominato “Gestione Qualità e Accreditamento istituzionale” afferente allo Staff di Direzione Generale.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni stabilite, nel caso di dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti ed uso di atti falsi secondo quanto previsto dall’art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e dall’art. 55-quater del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., dichiara:

1. di essere nato/a a il . . e di risiedere in ,Via

n. - C.A.P. (Telefono )

1. di essere dipendente in servizio a tempo indeterminato/a tempo determinato / in posizione di comando presso la ASL Gallura inquadrato/a con profilo professionale

ruolo

Area ;

1. di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:
2. di prestare servizio presso (specificare struttura);
3. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali ovvero

;

1. di non aver subito a proprio carico pronunce in tema di responsabilità professionale, contabile- amministrativa;
2. di non essere stato destinatario, limitatamente all’ultimo biennio, di un provvedimento disciplinare di “sospensione cautelare” dal servizio ovvero di un provvedimento disciplinare superiore alla “multa”;
3. di non essere stato destinatario di procedimento disciplinare sospeso per connessione con procedimento penale ovvero ;

Allega:

* + curriculum formativo e professionale datato e sottoscritto quale dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt.

46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii..

* + dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. (*in caso di partecipazione a selezione per incarico di funzione soggetto a limitazioni ai sensi della circolare n. 11/2010 del D.F.P.*)
  + fotocopia documento di identità in corso di validità.

Chiede, altresì, che ogni comunicazione in merito al presente bando sia inviata al seguente indirizzo email

e che per comunicazioni inerenti alla presente selezione può essere contattato al sotto indicato numero di telefono:

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di autorizzare l’ASL Gallura al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e norme attuative, per le finalità di gestione dell’Avviso interno in argomento e per quelle inerenti alla gestione dell’incarico eventualmente conferito.

Data firma