***SCHEMA DI DOMANDA***

**Al Direttore Generale**

**ASL n. 3 di Nuoro**

**Via Demurtas, n. 1**

**08100 - Nuoro**

[**protocollo@pec.aslnuoro.it**](mailto:protocollo@pec.aslnuoro.it)

Oggetto: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RISERVATA AL PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LA ASL N. 3 DI NUORO CON LA QUALIFICA DI DIRIGENTE MEDICO – DISCIPLINA PEDIATRIA PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PRESSO IL DISTRETTO DI SORGONO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (provincia di \_\_\_\_\_\_), Via/ Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_ ;

dichiara il proprio interesse alla procedura in oggetto e chiede:

di partecipare allo svolgimento di “Prestazioni aggiuntive”‘ di cui all’oggetto.

A tal fine il/la sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della decadenza dai benefici in caso di dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 del medesimo DPR, nonché consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del citato DPR

D I C H I A R A

1. di conoscere ed accettare il contenuto dell’avviso interno di manifestazione di interesse per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive da parte di dirigenti medici di Pediatria per il supporto alle attività del Distretto di Sorgono pubblicato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. di essere dipendente della ASL n. 3 di Nuoro, con rapporto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

3. di non trovarsi in alcuna delle situazioni ostative per le quali è preclusa l’adesione all’avviso;

Firma

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia documento d’identità in corso di validità

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a …………………………….....................................................................………, autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi dell’articolo 13, comma 1, del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.), per le finalità di gestione della procedura di cui all’avviso in oggetto, esonerando l’Azienda da qualsiasi responsabilità.

Firma

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_