

IL/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Codice fiscale: _____ indirizzo di residenza: Via _____

n. _____ città _____ Prov. _____ cap. _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo e-mail PEC _____

CHIEDE

di partecipare **AVVISO INTERNO PER IL COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DELLA UOS FORMAZIONE DEL PERSONALE E UNIVERSITARIA**

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

(specificare la violazione della legge e/o art.)

1. di essere dipendente a tempo indeterminato della ASL Roma 5, con il profilo di _____ dal _____;
2. di essere attualmente in servizio presso (*indicare l'esatta denominazione della struttura/servizio di appartenenza*): _____;
3. di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, come recepito dal D. Lgs. 101/2018 che i dati di cui al presente avviso saranno trattati dall'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di assolvere tutti gli obblighi connessi all'espletamento della presente procedura.

Si allega alla presente

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Data _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)