

Allegato A

Modello di domanda:

AL DIRETTORE GENERALE

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053

Castellammare di Stabia Napoli

Il sottoscritto, _____, nato a _____
il _____ e residente in _____ (Prov. Di _____) alla via
_____ n. _____ (Cap: _____),

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso, interno, per il conferimento dell'incarico di Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica Polo di Nola dell'Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud pubblicato all'Albo Pretorio informatico dell'Asl Napoli 3 Sud sul link - Avvisi interni in data _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/200 di:

- ☐ Essere nat ____ a _____ il _____;
- ☐ Essere residente in _____ alla Via _____ N. _____;
- ☐ Di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione richiesti nel bando;
- ☐ Di aver prestato i seguenti servizi presso le seguenti pubbliche Amministrazioni:

Qualifica _____ dal _____ al _____

Qualifica _____ dal _____ al _____

Qualifica _____ dal _____ al _____

__l__ sottoscritt__ elegge il proprio domicilio ai fini del presente avviso al seguente indirizzo:

Dr _____ Via _____
_____ (CAP) _____ Telefono n. _____

E solleva l'amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare, tempestivamente, ogni variazione dello stesso.

__l__ sottoscritt__ dichiara, inoltre, sotto la sua responsabilità, che quanto su affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e si obbliga a provarlo mediante la presentazione dei prescritti documenti nei termini e con le modalità stabilite dal bando.

__l__ a sottoscritt__ consente, con la presente, il trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per lo svolgimento di tutte le procedure relative all'avviso pubblico.

__l__ sottoscritt__ allega alla presente domanda la seguente documentazione:

Data _____

Firma _____

cu