

OGGETTO: *Domanda di partecipazione all'Avviso interno per il conferimento dell'incarico di sostituzione di Direzione dell'Unità Operativa Complessa di Otorinolaringoiatria, afferente al Dipartimento di Riabilitazione, Fragilità e Continuità Assistenziale*

Il/La sottoscritto/a
nato/a (.....),
il, residente a (...) in
Via n., dipendente dell'AOU di Palermo in qualità
di, con rapporto di lavoro a
....., in servizio presso la Struttura
.....
afferente al Dipartimento

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura per il conferimento dell'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara il possesso dei requisiti previsti per il conferimento dell'incarico e specificati nell'Avviso.

Chiede, infine, di ricevere ogni comunicazione relativa all'Avviso al seguente indirizzo di posta elettronica pcc :

Il / La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

Allega:

1. curriculum professionale datato e firmato ai sensi del D.P.R. 445/2000;
2. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

In fede

(luogo) (data)

(firma)