

**Allegato n. 1**

**Alla UOC DERMATOLOGIA CLINICA  
Dr. Paolo Iacovelli  
E mail: paolo.iacovelli@ifo.it**

**Alla UOC Risorse Umane  
PEC: risorseumane@cert.ifo.it**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

**MANIFESTA L' INTERESSE**

al conferimento dell' incarico Professionale \_\_\_\_\_  
presso il Dipartimento \_\_\_\_\_ UOC/UOSD  
\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
2. di essere dipendente di questi Istituti con la qualifica di \_\_\_\_\_
3. di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
4. in servizio presso \_\_\_\_\_
5. di aver superato positivamente la valutazione al termine dei cinque anni di servizio da parte del Collegio tecnico nella disciplina inerente l'incarico da ricoprire o disciplina equipollente

Acconsento a prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003 e il GDPR 2016/279 e confermo di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali

Allega i seguenti documenti:

1. curriculum vitae, datato, firmato redatto in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, contenente l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili ivi contenuti
2. dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità
3. fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
4. altra documentazione ritenuta utile ..... (specificare analiticamente la eventuale ulteriore documentazione allegata)

Distinti saluti.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_