

Allegato n. 1

**Al Responsabile UOC OTORINOLARINGOIATRIAE
CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE**

**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 _____ il ____ / ____ / ____
2. di essere dipendente di questi Istituti con la qualifica di _____
3. di essere in possesso di Laurea in _____
4. di essere in possesso di specializzazione in _____ dal

5. in servizio presso _____
6. 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 20016/279 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 _____

