



25 NOV. 2020

ALLEGATO "B" Delibera n. 369 del ___/___/_____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO DI SELEZIONE INTERNA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI FUNZIONE DI COORDINAMENTO
AI SENSI DEL CCNL COMPARTO SANITA' TRIENNIO 2016-2018**

**Al Direttore Generale di ISPRO
Prof. Gianni Amunni**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in _____ via/piazza _____ n. ___ c.a.p. _____, e-mail
_____, PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di Selezione Interna per il conferimento del seguente incarico di
funzione (**indicare solo un incarico per ciascuna domanda che si intende presentare**):

CASELLA DA BARRARE	DENOMINAZIONE INCARICO DI FUNZIONE	TIPOLOGIA INCARICO	PROFILI PROFESSIONALI NECESSARI PER L'ACCESSO	STRUTTURA
	Coordinamento Infermieristico	Incarico di Funzione di Coordinamento	Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	Staff Direzione Sanitaria/Coordina mento di Area Infermieristica
	Coordinamento Assistenti Sanitari	Incarico di Funzione di Coordinamento	Collaboratore Professionale Sanitario - Assistente Sanitario	Staff Direzione Sanitaria/Coordina mento di Area Infermieristica
	Coordinamento Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico	Incarico di Funzione di Coordinamento	Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Staff Direzione Sanitaria/Coordina mento di Area Tecnico Sanitario
	Coordinamento Tecnici Sanitari di Radiologia Medica	Incarico di Funzione di Coordinamento	Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Staff Direzione Sanitaria/Coordina mento di Area Tecnico Sanitario

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

di essere dipendente di ISPRO assunto a tempo indeterminato



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



di essere dipendente di altro ente, assunto a tempo indeterminato, assegnato in comando presso ISPRO

di essere in rapporto di lavoro a tempo pieno

di essere in rapporto di lavoro part-time (fermo il con vincolo di rientro al rapporto di lavoro a tempo pieno qualora mi venga conferito l'incarico in rapporto di lavoro a tempo pieno)

di essere inquadrato nella categoria D, nel profilo professionale _____

di essere inquadrato nella categoria D, livello economico Ds, nel profilo professionale _____

in servizio presso _____

di essere in possesso di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area professionale di appartenenza; il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio degli IFC;

di aver maturato esperienza di almeno tre anni nel profilo di appartenenza

ALLEGA

curriculum vitae in italiano e formato europeo, parte integrante e sostanziale della domanda

documento di identificazione in corso di validità

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Chiede che tutte le comunicazioni relative all'avviso siano recapitate al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____ c.a.p. _____, località _____

e-mail _____, PEC _____

recapito telefonico _____.

Data ____ / ____ / _____

Firma (leggibile)