

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AVVISO DI SELEZIONE INTERNA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI FUNZIONE
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	PROFILO PROFESSIONALI NECESSARI PER L'ACCESSO	STRUTTURA
	Area Infermieristica, Responsabile URP e Supporto al Comitato di Partecipazione	Incarico di Organizzazione	Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere	Staff Direzione Sanitaria/Coordinamento di Area Infermieristica
	Area Tecnico Sanitaria	Incarico di Organizzazione	- Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica - Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Staff Direzione Sanitaria/Coordinamento di Area Tecnico Sanitario
	Attività Statistica a Supporto del Monitoraggio e della Valutazione degli Screening Oncologici	Incarico Professionale	Collaboratore Amministrativo Professionale - Settore statistico	Staff Direzione Sanitaria/Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica
	Attività di Amministratore di Sistema	Incarico Professionale Esperto	Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	Staff Direzione Sanitaria/Coordinamento di Area Tecnico Sanitario
	Supporto alla Ricerca	Incarico Professionale	Collaboratore Amministrativo Professionale	S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche
	Amministrazione Tecnico Patrimoniali ed Economici	Incarico Professionale	Collaboratore Amministrativo Professionale	S.S. Attività Tecnico Patrimoniali
	Supervisione Approvvigionamento Laboratorio	Incarico Professionale Esperto	Collaboratore Professionale Sanitario - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	Staff Direzione Sanitaria/Coordinamento 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
- 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 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 _____

Dichiarazioni attinenti l’Incarico di Organizzazione nel ruolo sanitario

- di avere maturato esperienza professionale complessiva nella categoria D di cinque anni (specificare nel CV ente/i presso cui prestato il servizio e periodo/i)
- di essere in possesso di laurea magistrale/specialistica/vecchio ordinamento conseguita presso _____ il _____ (il possesso del presente titolo non è obbligatorio, costituendo solamente elemento di valorizzazione ai fini del conferimento dell’incarico)

Dichiarazioni attinenti l’Incarico di Professionista Esperto nel ruolo sanitario

- di aver acquisito competenze avanzate tramite percorsi formativi complementari regionali e attraverso l’esercizio di attività professionali riconosciute dalle stesse regioni (specificare nel CV il percorso formativo/l’attività professionale, il periodo di tempo in cui hanno avuto luogo, l’ente che ha tenuto la formazione)

Dichiarazioni attinenti l’Incarico Professionale nel ruolo amministrativo

- di avere maturato esperienza professionale complessiva nella categoria D di cinque anni (specificare nel CV ente/i presso cui prestato il servizio e periodo/i)

ALLEGÀ

- 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)