**Al Direttore Generale f.f.**

**Dott. Stefano Lorusso**

**All. A**

Il/la sottoscritto/a..........................................

**MANIFESTA L’ INTERESSE**

a partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico di sostituzione ex art. 18 del CCNL 08.06.2000, Area dirigenza Medica e Veterinaria., di direzione della S.C. Anestesia e Rianimazione del Presidio Unico Ospedaliero Cagliari, Stabilimenti Ospedalieri SS. Trinità e San Marcellino di Muravera - Presidio Ospedaliero Unico di Area Omogenea Cagliari

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’Azienda, 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 residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere dipendente dell’ATS Sardegna, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato al momento della scadenza del termine per la presentazione della domanda fissato nell’avviso;
4. di essere inquadrato nel profilo di **dirigente medico** ­­­­­­­­­­­­ - disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
5. di essere attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere titolare del seguente incarico dirigenziale **\*** di direzione di struttura semplice di alta professionalità altro ……………………………………….

 dal ……………………………… (indicare giorno/ mese/anno)

1. che non sussistono cause ostative al conferimento dell’incarico di sostituzione ai sensi del D.Lgs n. 39/2013(inconferibilità e incompatibilità) ed ai sensi del D.P.R. n. 62/2013 (interessi finanziari e conflitti d’interessi)
2. di accettare, senza riserve, tutte le norme contenute nel bando relativo alla selezione in oggetto;
3. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell’informativa sulla tutela dei dati personali.

**Allega i seguenti documenti:**

- ***curriculum formativo e professionale, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva;***

*-* ***scansione di un documento di identità in corso di validità.***

*-* ***dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi,***

***secondo il modello allegato.***

Distinti saluti.

DATA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. \* barrare la casella d’interesse**