Al Direttore Dipartimento
Salute Mentale e Dipendenze
Zona Sud

da mail aziendale personale: dsmd.zonasud@atssardegna.it
Oggetto mail: "*Manifestazione di interesse interna al DSMD zona sud di DIRIGENTE MEDICO – disciplina NEUROPSICHIATRIA INFANTILE – Cognome e Nome*"

Oggetto: Manifestazione di interesse interna al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze zona Sud, per dipendenti a tempo indeterminato inquadrati nel profilo di Dirigente Medico di Neuropsichiatra Infantile interessati a svolgere la propria attività lavorativa presso altra Struttura/Servizio del DSMD zona Sud.

_l_ sottoscritt_____, nat_ il____/____/___
a_____, residente in Via/P.zza_____,
n°____, Città_____, tel./cell._____,
e-mail aziendale_____ ,
Pec:_____

MANIFESTA

l'interesse a svolgere la propria attività presso il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze zona Sud:

Sedi di preferenza afferenti al DSMD zona Sud (scelta NON vincolante per il DSMD zona Sud):

- ☐ _____ (1° scelta);
- ☐ _____ (2° scelta);

(N.B. la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze zona Sud, valuterà l'impatto che complessivamente comportano gli eventuali spostamenti sulla preminente continuità nell'erogazione dei LEA.)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere dipendente, matricola n. _____, a tempo indeterminato della ATS Sardegna o ex-ASL_____, dal ____/____/_____, con il profilo professionale di Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile.

2. di essere attualmente in servizio dal ____/____/_____presso la seguente Sede/Servizio: _____ ;

3. di appartenere giuridicamente al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze zona Sud;

4. di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo:

- ❑pieno
- ❑parziale, con percentuale lavorativa al……%, per n°…...ore settimanali;

5. di fruire attualmente dei benefici L.104/92 alla data di pubblicazione del presente Avviso:

- ❑Si (specificare) _____
  _____;
- ❑No;

6. di aver presentato istanza per il riconoscimento dei benefici di cui all'art. 42 bis D. Lgs n. 151/2001 alla data di pubblicazione del presente Avviso:

- ❑Si _____;
- ❑No

7. (*selezionare la voce di interesse*)

- ❑di non aver riportato condanne penali per delitti di qualunque natura e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- ❑di aver riportato le seguenti condanne penali (specificare):
  _____
  _____
  _____;

- ❑di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali (specificare il titolo del reato e la fase del procedimento):
  _____
  _____
  _____;

8. (*selezionare la voce di interesse*)

- ❑di non avere procedimenti disciplinari in corso o già conclusi;
- ❑avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso o già conclusi (specificare):_____
_____
_____;

9. che il contenuto del curriculum (datato e sottoscritto) e/o di altri eventuali allegati alla presente domanda corrisponde al vero;

10. di accettare incondizionatamente tutte le condizioni previste dall' "Avviso per Manifestazione di interesse per il profilo di Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile interno al DSMD Zona Sud" pubblicato in data 09.03.2021 nel sito www.atssardegna.it alla sezione "Albo Pretorio – Comunicazioni / Avvisi/ Manifestazioni di interesse";

11. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018;

_____ _____

(luogo e data) **(firma dipendente)**

Allego:

- **copia di un documento di identità in corso di validità;**
- **curriculum professionale autocertificato ai sensi del D.P.R. n.445 del 24/12/2000.**

*** Non saranno ammesse istanze all'esterno del DSMD zona Sud e da Dirigenti Medici di Neuropsichiatria infantile non appartenenti alla DSMD zona Sud**.