ARESSardegna
Azienda Regionale Salute

SC MEDICINA CONVENZIONATA

MODULO DICHIARATIVO
PARTICOLARI COMPETENZE

_I_ sottoscritt_ _____, nat_ il __/__/____ a _____

residente in Via/P.zza_____, n°__, Città _____

tel./cell._____, PEC _____

e-mail _____,

Dichiara

ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 46 e 47 D.P.R. n. 445/00 e ss.mm.ii.

☐ **Di essere stato/a valutato/a dalla apposita Commissione tecnica per la medesima particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Mobilità Intraziendale e di Completamento Orario – ASL n. 5 di Oristano, pubblicato in data _____**

- Particolari competenze in (precisare) _____
- Determina di conferimento incarico con particolari competenze n. _____ del _____

☐ **Di esercitare gli stessi compiti e funzioni di particolare competenza eventualmente richiesta nell'Avviso di Mobilità Intraziendale e di Completamento Orario – ASL n. 5 di Oristano, pubblicato in data _____:**

particolari competenze in (precisare)_____

- presso la sede di _____ ASL n. _____;
- presso la sede di _____ ASL n. _____;
- presso la sede di _____ ASL n. _____;

☐ **Di allegare n. _____ certificazioni a firma del Responsabile del Poliambulatorio / Distretto / Direzione Sanitaria, attestanti lo svolgimento dei sopracitati compiti e funzioni di particolare competenza richiesta nel sopracitato Avviso, di cui si dichiara la conformità all'originale in proprio possesso.**

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 19 e 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Luogo, data _____ Firma _____