

OGGETTO: Candidatura per il conferimento di incarico di posizione organizzativa

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/ail.....

Residente a Provincia.....cap

In via

Telefono abitazione.....cellulare.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla valutazione da parte del Direttore ai fini del conferimento dell'incarico di posizione organizzativa e , sotto la propria responsabilità, consapevole della veridicità di quanto dichiarato nella domanda e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni,

DICHIARA

- Di essere dipendente dell'ASP AMBITO 9 di categoria D, con contratto a tempo indeterminato;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:
- Di accettare le condizioni previste dall'avviso, dal Regolamento per la Disciplina delle Posizioni Organizzative, dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e dai Contratti Collettivi Nazionali;
- Di voler ricevere le comunicazioni relative al presente avviso all'indirizzo mail:
- Di essere in possesso della qualifica di.....
- Di aver maturato esperienza formativa e professionale risultante dal curriculum vitae et studiorum allegato alla presente istanza (redatto secondo il formato "euro pass").

In allegato copia di un documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo) (data)

.....
(firma)