

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER CONFERIMENTO DI INCARICHI AL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO DEL COMPARTO SANITA' IN QUIESCENZA, EX ART 2 BIS D.L. 17/03/2020 n. 18 CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 24/04/2020 N. 27 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. di _____) il
_____ e residente in _____, Via
_____, cap _____; C.F. _____

dichiara di essere disponibile a decorrere dal _____ al conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa per il personale del ruolo sanitario del comparto sanità in quiescenza, ex art. 2 BIS D.L. 17/03/2020 n. 18 convertito con modificazioni dalla L. 24/04/2020 N. 27 e s.m.i., presso le seguenti Aree Vaste dell'ASUR:

- Area Vasta n. 1
- Area Vasta n. 2
- Area Vasta n. 3
- Area Vasta n. 4
- Area Vasta n. 5

(barrare l'Area Vasta o le Aree Vaste di interesse)

Con riferimento a quanto sopra **dichiara** altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR sopramenzionato:

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'avviso
- di essere collocato in quiescenza dal _____ già dipendente di _____ con la qualifica di _____;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali sono raccolti per le finalità di gestione del presente concorso e saranno trattati anche con strumenti informatici;
- di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 2016/679) e del d. lgs. n. 196/2003 e s.m.i.;

Il sottoscritto dichiara inoltre di accettare tutte le condizioni contenute nell'avviso.

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione inerente la presente procedura venga effettuata presso:

P.E.C. _____@_____ E-MAIL _____@_____
RECAPITI TELEFONICI _____

Allegati:

- Curriculum vitae
- Copia documento di identità

Luogo e data _____

Firma _____