

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE INTERNA PER L'ASSEGNAZIONE DELL'INCARICO DI RESPONSABILE ATTIVITÀ SANITARIE (R.A.S.) PRESSO LA C.R.A. "TENENTE MARCHI" DI CARPI

Spett.le
ASP delle Terre d'Argine
info@aspterredargine.it
aspterredargine@pec.it

Il/la sottoscritto/a _____

(nome e cognome scritto in maniera leggibile)

nato/a _____ prov.(____), il _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

dipendente di ASP Terre d'Argine con contratto di lavoro a tempo indeterminato al profilo professionale di INFERMIERE – Area dei Funzionari e dell'Elevata Qualificazione – CCNL Comparto Funzioni Locali

DICHIARA

di essere interessato/a partecipare alla selezione interna - riservata ai dipendenti di ASP delle Terre d'Argine con contratto di lavoro a tempo indeterminato collocati nell'Area dei Funzionari e dell'Elevata Qualificazione con il profilo professionale di INFERMIERE - finalizzata alla formazione di una graduatoria per l'assegnazione dell'incarico di Responsabile Attività Sanitarie (RAS) presso la C.R.A. "Tenente Marchi" di Carpi per il periodo dal 01.11.2024 al 31.12.2024 e comunque fino all'entrata in vigore della delibera di Giunta Regionale ER n.1638 del 08.07.2024 "Approvazione del nuovo sistema di accreditamento sociosanitario e disposizioni transitorie",

Allega alla presente **Curriculum Formativo - Professionale**, redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR n.445/2000. A tal fine dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR n.445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti e di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte di ASP delle Terre d'Argine.

Con la firma apposta in calce, si esprime il consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati, nel rispetto del REGOLAMENTO UE 2016/679, per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

Data, _____

Firma
