*Al Direttore Generale*

*Azienda per l’assistenza sanitaria n. 5*

*“Friuli Occidentale”*

*Pordenone*

*Oggetto: Candidatura all’incarico di Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale “Rete cure palliative e Hospice”.*

 *Il/la sottoscritto/a dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*Dirigente medico in servizio presso la S.C./S.S.D./S.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*articolazione del Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*con la presente propone la propria candidatura per il conferimento dell’incarico di cui all’oggetto, a tal fine sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci*

 *dichiara*

*i seguenti requisiti di ammissione:*

1. *rapporto di lavoro a tempo indeterminato (barrare);*
2. *disciplina di inquadramento:*

*Cure palliative o equipollenti (specificare)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ovvero*

*altra disciplina unitamente alla certificazione regionale prevista dal DM 4 giugno 2015 (specificare):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;*

1. *esperienza professionale dirigenziale non inferiore a 5 anni nella disciplina di Cure palliative o in disciplina equipollente (barrare e specificare la disciplina)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ovvero*

*cinque (5) anni di esperienza professionale nella Rete delle Cure palliative unitamente alla certificazione regionale prevista dal DM 4 giugno 2015;*

1. *esito positivo delle verifiche effettuate dal Collegio Tecnico ex art. 26, comma 2, lett. a) e b) C.C.N.L. 3.11.2005 (barrare);*
2. *che non sussistono cause di inconferibilità ex art. 3 D. Lgs. 39/2013 in quanto non ha subito condanna, anche con sentenza non passata in giudicato (e/o patteggiamento) per uno dei reati previsti dal capo I, titolo II, libro II del codice penale (reati contro la pubblica amministrazione) (barrare).*

*alla presente domanda, il/la sottoscritto/a, allega il curriculum formativo e professionale, debitamente datato e firmato, reso in forma di autocertificazione, con indicate le attività professionali e di studio idonee ad evidenziare il livello di qualificazione professionale acquisito nell’arco dell’intera carriera e idoneo a supportare la propria candidatura all’incarico da conferire, nonché fotocopia non autenticata di documento di identità personale incorso di validità e leggibile in tutte le sue parti.*

*Cordiali saluti.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(data)*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(Firma)*

Fac simile

Allegato alla domanda per il conferimento dell’incarico di

Responsabile della *Struttura Semplice Dipartimentale “Rete cure palliative e Hospice”*

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*sotto la propria personale responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci,*

*DICHIARA*

*Il seguente curriculum formativo e professionale:*

*----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

*Pordenone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(firma)*