**Allegato A**

Al

**Direttore della UOC Risorse Umane**

Sede

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

dipendente con la qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA L’INTERESSE**

al conferimento dell'incarico di **Responsabile della Unità Operativa Semplice Dipartimentale Qualità Accreditamento e Rischio Clinico**.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e per le ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara :

1. di essere in possesso di esperienza e competenza, almeno triennale, maturata nella gestione di Sistemi di Qualità in ambito sanitario e gestione del rischio clinico, acquisita anche in altre Aziende del SSN o in altre Amministrazioni pubbliche e private;

2. di prestare il consenso al trattamento dei dati personali secondo il D. Lgs. n. 196/2003 e smi.

Allega i seguenti documenti:

1. curriculum vitae, datato, firmato e contenente l’espressa autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili ivi contenuti;
2. dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità;
3. fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
4. altra documentazione ritenuta utile ......... (*specificare analiticamente la eventuale ulteriore documentazione allegata*)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_