



A.S.L. NO
Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

(FAC SIMILE DOMANDA)

A.S.L. NO
DIRETTORE DIPARTIMENTO
AREA DIAGNOSTICA E SERVIZI
Viale Roma, n. 7
28100 NOVARA

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____ (prov. _____) residente
in _____ (prov. _____) Via _____ n. _____,
chiede di essere ammesso alla **selezione interna** per la copertura di: n.1 posto **DI**
RESPONSABILE DELLA SSD :
“Diabetologia”

Dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere dipendente dell'ASL NO a tempo indeterminato con qualifica di _____ presso la struttura _____;
2. di aver maturato esperienza professionale dirigenziale nella qualifica richiesta non inferiore a 5 anni maturata con rapporto di lavoro a tempo indeterminato [ovvero a tempo indeterminato /determinato senza soluzione di continuità] nella disciplina oggetto dell'incarico;
3. di aver superato con esito positivo le verifiche periodiche da parte del Collegio Tecnico;
4. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Laurea _____, conseguita in data _____
presso l'Università _____

Specializzazione _____, conseguita in
data _____ presso l'Università _____

5. di autorizzare l'A.S.L. “NO” al trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 del



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane
Direttore. Dr. Gianluca Corona



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196;

Data _____ Firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,
dichiara quanto segue:

Il Dichiarante Data _____ Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28.12.2000 n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta, presentata o inviata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
s.c. Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane
Direttore. Dr. Gianluca Corona