**SCHEMA DI DOMANDA**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente a tempo indeterminato di codesta Azienda, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

inquadrato/a nel Profilo Professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere ammesso all’Avviso Interno, per la formulazione di una graduatoria, per titoli e colloquio, per il conferimento dell’**incarico di funzione professionale** denominato: *BARRARE L’INCARICO DI CUI SI CHIEDE L’AMMISSIONE*

* Incarico Professionale Referente Rischio Infettivo correlato all'assistenza NOCI - Distretto Centro Nord;
* Incarico Professionale Referente Rischio Infettivo correlato all'assistenza NOCI - Distretto Sud Est;
* Incarico Professionale Referente Rischio Infettivo correlato all'assistenza NOCI - Distretto Ovest;
* Incarico Professionale Stomaterapista - Distretto Centro Nord;
* Incarico Professionale Stomaterapista - Distretto Sud Est;
* Incarico Professionale Stomaterapista - Distretto Ovest;
* Incarico Professionale Amministratore di Sistema in Diagnostica per Immagini e Radioterapia;
* Incarico Professionale Case Manager Breast Unit;
* Incarico Professionale Referente Flussi Informativi Dipartimentale DAISMDP;
* Incarico Professionale PrM - Professionale Manager per l'integrazione dei percorsi di cura DAISMDP;
* Incarico Professionale Medicina del Lavoro - Processi Aziendali;
* Incarico Professionale POCT Coordinator

A tale fine, sotto la propria personale responsabilità, il/la sottoscritto/a dichiara:

* di essere dipendente a tempo indeterminato presso l’Azienda USL di Ferrara;
* di essere inquadrato nel Profilo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso di almeno cinque anni di esperienza professionale nel profilo e nella categoria di appartenenza;
* di non avere riportato sanzioni disciplinari superiori alla multa negli ultimi due anni;
* di essere in possesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(requisito aggiuntivo se richiesto dall’avviso)*

Allega un curriculum formativo professionale redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, nonché fotocopia di un documento d’identità in corso di validità.

**Ferrara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**

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