

**ALLEGATO A1**

FAC-SIMILE DOMANDA

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

**OGGETTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (TITOLO DELL’AVVISO)

**Al Direttore Generale**

**Azienda USL di Ferrara**

**Via Arturo Cassoli, 30 - Ferrara**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in posizione funzionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

con la presente, di partecipare all’avviso di selezione interna indetto con determina n. 823 del 18/06/2024 per il conferimento dell’incarico di Alta Specializzazione sotto indicato:

**Coordinamento dei CDCD**

All’interno della UOC Assistenza Anziani Disabili Adulti afferente al Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Cure Primarie, nell’ambito dell’Azienda USL di Ferrara.

A tal scopo dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dall’avviso per la partecipazione alla selezione interna in oggetto.

Allego alla presente il curriculum vitae datato e firmato in forma di dichiarazione sostitutiva (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).

Dr. /Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)