FAC-SIMILE DOMANDA

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

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

**Al Direttore Generale**

**Azienda USL di Ferrara**

**Via Cassoli 30 - Ferrara**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso questa 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. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il conferimento dell’incarico professionale di Alta Specializzazione denominato:

* **Accreditamento ed autorizzazione al funzionamento socio-sanitario**

afferente alla struttura complessa (UOC) “Assistenza Anziani/Disabili Adulti” del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) “Cure Primarie”.

A tal scopo dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando per la partecipazione all’avviso di 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).

Distinti saluti.

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

(firma)