

**AI DIRETTORE GENERALE
ASL FOGGIA**

Domanda di partecipazione.

Avviso Interno. Manifestazione di interesse finalizzata alla costituzione di un gruppo di lavoro interno per la realizzazione delle attività presso gli ambulatori di prossimità dei Progetti di cui al PIANO di INTERVENTI dell'ASL Foggia – Pnes “Contrastare la povertà sanitaria” approvati con Deliberazione. 323 del 1\ ottobre 2024 dall'INMP – Roma. **CUP G29I24001060006**

Il /La sottoscritt_____ nat_____ a
_____ e residente a _____, in
via _____ dipendente a tempo indeterminato/determinato (depennare
quello non utilizzato) dell'ASL Foggia in servizio presso
_____ con la qualifica di _____
a decorrere dal _____ a tutt'oggi

CHIEDE

di partecipare all'AVVISO INTERNO – Manifestazione d'Interesse – per il reclutamento di personale interno in possesso della qualifica di _____ al fine di costituire team interno per la realizzazione delle attività dei Progetti di cui al PIANO di INTERVENTI dell'ASL Foggia – Pnes “Contrastare la povertà sanitaria” approvati con deliberazione n. 323 /2024 dell'INMP e recepita dall'ASL Foggia con deliberazione n. 1519 /2024 indicando come sede operativa l'ambulatorio di prossimità di _____

Manifesta la propria disponibilità ad operare, altresì, presso l'ambulatorio di prossimità di _____.

A tal fine dichiara, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i., in caso di dichiarazioni false e mendaci o produzione di documentazioni false e mendaci

DICHIARA di

- Essere in servizio nella qualifica di _____, presso l'U.O.C. di _____ del P.O. di _____ a decorrere dal _____ a tutt'oggi;
- Essere in servizio nella qualifica di _____, presso la Struttura Territoriale del _____ a decorrere dal _____ sede di _____ a tutt'oggi;
- aver maturato esperienza nell'assistenza socio - sanitaria a popolazioni fragili e/o migranti in collaborazione con Associazioni di volontariato o ETS all'interno del/dei Progetto/i _____ dal _____ al _____;
- non aver maturato esperienza nell'assistenza sanitaria a popolazioni fragili, migranti.;
- non aver subito procedimenti disciplinari.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati conferiti con la presente domanda esclusivamente per le finalità per le quali sono richiesti ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del Regolamento U.E. 2016/679.

Luogo _____ data _____

firma _____