

ALLEGATO C
Schema di domanda

Al Commissario
Azienda Sanitaria di Potenza
Via Torraca, 2
85100 Potenza

Oggetto: Comitato Unico di Garanzia - Dichiarazione di disponibilità/interesse per la designazione a componente titolare/supplente del C.U.G dell'ASP.

Il sottoscritto/la sottoscritta _____,
dipendente a tempo indeterminato con il profilo professionale di _____
in servizio presso _____
presa visione dell'avviso di interpello relativo alla ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia dell'ASP

DICHIARA

la propria disponibilità a far parte, in qualità di componente effettivo o supplente, del Comitato Unico di Garanzia dell'ASP.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 DPR 445/2000), dichiara quanto segue:

- di essere nato/a a _____ Prov. _____
- il _____
- Codice Fiscale _____
- di essere residente in Via/Piazza _____ n. ____
località _____ Prov. _____ CAP _____
Telefono fisso _____ telefono cellulare _____
e-mail: _____
- di possedere adeguate conoscenze nell'ambito delle materie di competenza del CUG;
- di possedere adeguate esperienze, nell'ambito delle pari opportunità e/o mobbing, del contrasto alle discriminazioni, rilevabili attraverso il percorso professionale;
- di possedere adeguate attitudini, intendendo per tali le caratteristiche personali, relazionali e motivazionali;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- di non aver subito procedimenti disciplinari nel biennio precedente la data di scadenza dell'avviso di interpello;
- di non avere incarichi sindacali;
- di essere stato componente del CUG dell'ASP dal _____ al _____
ovvero di non aver mai fatto parte del CUG dell'ASP.

Il sottoscritto/la sottoscritta allega alla domanda:

- curriculum formativo-professionale, datato e sottoscritto, formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi artt. 45 e 46 del DPR 445/2000;
- fotocopia fronte retro di un valido documento di identità personale ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del DPR 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alla procedura in oggetto.

Data, _____

Firma _____