**ALLEGATO A**

**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

Al Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello

Viale Strasburgo, 233

90146 – Palermo

\_\_l\_\_sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.di……..), Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, già in servizio presso codesta Azienda con incarico libero professionale/di collaborazione coordinata e continuativa di Psicologo/Psicoterapeuta per emergenza Covid-19, in atto assegnato/a presso l’U.O.C. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di partecipare all’avviso interno di interpello pubblicato sul sito web [www.ospedaliriunitipalermo.it](http://www.ospedaliriunitipalermo.it) il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per l’assegnazione presso l’U.O.S.D. Breast Unit.

***A tale scopo, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non più rispondenti a verità e di formazione di atti falsi, si applicheranno le sanzioni penali richiamate dall’art. 76 D.P.R. n. 445/2000, e che, ai sensi dell’art. 75 del citato decreto, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la sua personale responsabilità***

***DICHIARA di:***

*(spuntare le caselle)*

* Essere in possesso dei requisiti di cui alle lettere a), b), c) dell’avviso di interpello;
* essere in possesso di esperienza negli ambiti di attività della Breast Unit.

**Dichiara altresì** di autorizzare l’Azienda al trattamento dei propri dati personali, compreso i dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018 in conformità al Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), ai fini della partecipazione all’avviso. Alla domanda deve comunque essere allegata, dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei propri dati personali come da schema **Allegato B.**

Alla presente si allega:

* Curriculum formativo e professionale, datato e sottoscritto.
* Copia di un documento di identità in corso di validità.
* Autorizzazione trattamento dati personali (Allegato B).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile)