

AL DIRETTORE DEL SUMAP

Io sottoscritto _____,
in riferimento alla nota prot. n. ____ del _____, dichiaro la mia disponibilità a partecipare alla procedura per il conferimento dell'incarico dirigenziale di **“Responsabile Programma interdipartimentale Blocco Operatorio”**.

A tal fine dichiaro:

1. di essere titolare presso l'Azienda USL di Imola di un posto a tempo indeterminato della posizione funzionale di Dirigente Medico - disciplina di Anestesia e Rianimazione;
2. di essere in possesso di un'anzianità di servizio continuativa di cinque anni maturata in qualità di Dirigente a tempo indeterminato o determinato nell'ambito del S.S.N. nella disciplina di Anestesia e Rianimazione o disciplina equipollente.

Ad integrazione dell'autocertificazione relativa alle esperienze professionali e formative, allego i seguenti titoli:

-
-
-

_____ (luogo), _____ (data)

(Firma in originale)

(La trasmissione della domanda tramite PEC equivale a sottoscrizione in originale – Circ. F.P. 2/2010)