

**AL DIRETTORE
DELL'U.O. RISORSE UMANE**

Io sottoscritto _____,
in riferimento alla nota prot. n. _____ del _____.2014, dichiaro la mia
disponibilità a partecipare alla procedura per il conferimento dell'incarico
dirigenziale di **“Responsabile della SSiD Polo di Day Surgery
polispecialistico di Castel San Pietro Terme”**.

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
_____;
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.;
3. di prestare servizio presso l'Unità Operativa di _____
_____.
ricompresa nel Dipartimento _____.

Ad integrazione della documentazione relativa alle esperienze professionali e
attività formative, allego la seguente documentazione:

_____ (luogo), _____ (data)

(Firma in originale)

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