

**Schema di domanda di partecipazione**

**Avviso pubblico interno rivolto ai dirigenti medici di radiodiagnostica in servizio presso questa ASP da destinare all'UOS Screening Mammografico**

**Spett.le Commissario  
Straordinario ASP Agrigento**

Il/La Sottoscritto/a Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura in oggetto.  
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445,

**DICHIARA**

di essere in possesso del requisito specifico previsto dall'Avviso Pubblico al punto 2 e più specificatamente : Certificazione di idoneità alla lettura di Mammografie di Screening ai sensi della notta DASOE ser.

**Allega alla presente domanda:**

- curriculum vitae;
- autocertificazione utile a dimostrare il requisito specifico di ammissione resa in conformità alle disposizioni contenute nel DPR 28 dicembre 2000, n° 445 ovvero copia del titolo con dichiarazione di conformità all'orinale.
- fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

Il/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al Regolamento Europeo 679/2016.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_