

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Ospedaliero Universitaria

Policlinico – Giovanni XXIII di Bari

urp.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Comitato Unico di Garanzia - Dichiarazione di disponibilità/interesse per la designazione a componente titolare/supplente del C.U.G dell'A.O.U. Policlinico – Giovanni XXIII di Bari.

Il sottoscritto/la sottoscritta

dipendente dell'A.O.U.

personale universitario convenzionato con il SSN

con il profilo professionale di _____

in servizio presso _____

presa visione dell'avviso di interpello relativo alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia dell'A.O.U. Policlinico – Giovanni XXIII di Bari

DICHIARA

la propria disponibilità a far parte, in qualità di componente effettivo o supplente, del Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Giovanni XXIII di Bari.

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 _____ Prov. _____

il _____ Codice Fiscale _____

– Di essere residente in Via/Piazza _____

_____ Prov. _____ CAP _____

Telefono fisso _____ 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.

Il sottoscritto allega alla domanda:

- Il 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 _____

(obbligatoria, a pena esclusione)

Il presente modello è stato predisposto al fine di semplificare la predisposizione delle dichiarazioni richieste dall'Amministrazione. Compilare in modo leggibile in ogni sua parte.

ALLEGATO N. <u>2/3</u>
Alla delibera n. <u>1470</u> /DG del <u>14 OTT</u> , 2016