

Al Direttore Generale
Asl Sulcis Iglesiente

OGGETTO: RIAPERTURA TERMINI - AVVISO PUBBLICO – PER SOLI TITOLI – FINALIZZATO ALLA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE, CECITÀ, SORDOMUTISMO, HANDICAP E DISABILITA', DELLA ASL SULCIS IGLESIENTE – PROFILO PROFESSIONALE: ASSISTENTE SOCIALE.

RICHIESTA INSERIMENTO NELL'ELENCO DI CUI ALL'OGGETTO

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____ telefono _____

mail _____

chiede di partecipare in qualità di Assistente Sociale delle Commissioni Sanitarie per l'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate, come previsto dall'avviso pubblico indetto con deliberazione della ASL SULCIS IGLESIENTE n. _____ del _____

A tal fine si impegna ad accettare incondizionatamente quanto previsto dall'avviso stesso, con particolare riferimento alla disponibilità volta a garantire l'espletamento dell'attività in qualità di Assistente Sociale delle Commissioni Sanitarie per l'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate. Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, il sottoscritto dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato DPR.

PER I COMPONENTI INTERNI ED ESTERNI:

- di essere inquadrato nel profilo professionale di Assistente Sociale ed essere regolarmente iscritta nel relativo Albo Professionale _____

DICHIARA

- Non fruire di forme di lavoro con impegno orario ridotto;
- Non avere procedimenti disciplinari in corso e non essere stati destinatari negli ultimi due anni di sanzioni disciplinari superiori al rimprovero scritto;
- Non essere destinatario di sentenze di condanna anche non passate in giudicato per uno dei reati di cui all' 3 del Lgs 39/2013;
- Non avere ricevuto negli ultimi due anni una valutazione negativa da parte degli organismi aziendali di valutazione;
- Non ricoprire incarichi politici, non essere dipendente o convenzionato di istituzioni o organismi con competenza nell'ambito del processo di riconoscimento delle invalidità (INPS);
- Non avere in corso e non aver reso consulenze tecniche di parte per conto e nell'interesse di privati in materia di invalidità civile.

I suddetti requisiti devono permanere per tutta la durata dell'incarico e per tutto il periodo di permanenza nell'elenco degli idonei con obbligo di immediata comunicazione del venir meno anche di solo uno di essi.

Il sottoscritto, inoltre, in piena responsabilità attesta di non essere titolare di cariche politiche e/o sindacali e dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 messa a disposizione dal Titolare del trattamento congiuntamente al presente modulo.

Il sottoscritto allega alla presente un curriculum, datato firmato e autocertificato, e ad una copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data _____ Firma _____

il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati

Data _____ Firma _____