



*Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero*  
*C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791*

## ALLEGATO A)

### AVVISO PUBBLICO DI MOBILITÀ VOLONTARIA, REGIONALE E INTERREGIONALE, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER LA COPERTURA A TEMPO PIENO E INDETERMINATO DI N. 1 POSTO DI DIRIGENTE MEDICO - AREA CHIRURGICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE – DISCIPLINA DI CHIRURGIA PLASTICA, DA DESTINARE ALLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i. e dell'art. 54 del CCNL triennio 2016 - 2018 Area Sanità, tuttora vigente, è indetta selezione pubblica di mobilità volontaria, regionale e interregionale, per titoli e colloquio, riservata al personale appartenente alla Dirigenza medica con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato in servizio nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, per la copertura di:

**N. 1 posto a tempo pieno e indeterminato di Dirigente Medico – Area chirurgica e delle specialità chirurgiche – disciplina di Chirurgia Plastica – da assegnare alla seguente Azienda Sanitaria Regionale:**

| Azienda richiedente                                | Fabbisogno richiesto |
|----------------------------------------------------|----------------------|
| AO Reggio Calabria – Grande Ospedale Metropolitano | <b>1</b>             |
| <b>TOTALE</b>                                      | <b>1</b>             |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità,



**Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria-Azienda Zero**  
**C.F. 97110000797/ P. Iva 03904040791**

### **DICHIARA**

di aver maturato le seguenti competenze attinenti al posto da conferire, di cui alla lettera a) - “Requisiti di partecipazione” dell’avviso di mobilità: *(indicare Struttura/Dipartimento/Unità di assegnazione presso cui sono state acquisite le competenze richieste)*

---

---

---

---

---

---

---

---

  1   sottoscritt\_ autorizza Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria – Azienda Zero al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento 679/2016/UE, per le finalità connesse e strumentali allo svolgimento della presente procedura.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma per esteso del dichiarante

---