



FAC-SIMILE DELLA DOMANDA

Al Direttore Scientifico

Istituto Nazionale per lo Studio e la
Cura dei Tumori

IRCCS Fondazione "G. Pascale"

Via Mariano Semmola

cap. 80131 **NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a..... il.....

Residente a (prov.) CAP

Via/p.zza n°

tel/cell.....

Recapito (se diverso dalla residenza)

Indirizzo di posta elettronica / pec

CHIEDE

Di partecipare all'avviso esplorativo per manifestare il proprio interesse al conferimento di incarico di RESPONSABILE QUALITÀ FORMAZIONE ECM. A tal fine, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere in servizio a tempo determinato o indeterminato presso l'I.R.C.C.S. Istituto Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale" a far data dal

2. di prestare attività lavorativa presso

3. di aver superato il periodo di prova;

4. di aver preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato quanto previsto dall'avviso di cui alla presente richiesta;

5. di comunicare il presente indirizzo email per ricevere ogni comunicazione che l'amministrazione farà al sottoscritto inerente alla presente procedura di mobilità:

email/pec:

Si allega:

- curriculum vitae datato e sottoscritto;
- fotocopia documento di identità.
- Copia di eventuali attestati di partecipazione a corsi di formazione/convegni/congressi che documentino il possesso del requisito 1
- Qualunque altra documentazione/autocertificazione (**Allegato B**) che attesti il possesso dei requisiti n°2 e 3.

Luogo e data Firma

Il/La sottoscritto/a, esprime il proprio consenso affinché i dati personali contenuti nella presente domanda, possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR") per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data

Firma



- ALLEGATO "B" -

Autocertificazione del possesso dei requisiti

Io sottoscritto/a nato/a a.....
il..... residente a prov. (.....)
in via n.
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del Dpr 28.12.2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le
false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di possedere i requisiti previsti dal presente avviso di manifestazione
d'interesse PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA DI RESPONSABILE QUALITÀ FORMAZIONE ECM:

Requisito 1. Di essere in servizio a tempo determinato o indeterminato presso l'I.R.C.C.S. Istituto
Nazionale Tumori "Fondazione G. Pascale" a far data dal_____

Requisito 2. Esperienza sulla pianificazione, conduzione e reporting di Audit Interni secondo lo standard
ISO 19011.

Requisito 3. Esperienza nella stesura di procedure e modulistica relative al Sistema di Gestione Qualità

Luogo e data

Firma
