

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Agenzia Regionale
Emergenza Urgenza
Via A. Campanini, 6
20124 Milano

Il/la sottoscritto/a

chiede di partecipare all'avviso interno di mobilità:

**"Componente di equipaggio HEMS per attività di elisoccorso
per le 5 ELIBASI regionali AREU"**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, nr. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara di:

- essere nato a il .../.../..... , Codice Fiscale
- essere dipendente a tempo indeterminato e a tempo pieno della ASST/IRCCS di convenzionata con AREU per l'attività di soccorso, nel profilo di: Medico Infermiere
- prestare servizio in una base HEMS di AREU dal .../.../..... presso la base HEMS di e chiede di essere trasferito alla base HEMS di
- essere in possesso di una piena idoneità al servizio HEMS accertato dal Medico Competente
- non avere in corso richieste di trasferimento ad altri Enti o Unità Organizzative;
- essere in possesso, alla data di scadenza del termine stabilito dal presente avviso, di tutti i requisiti generali richiesti;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli cosiddetti "sensibili" in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità del D. L.vo 30.6.2003, nr. 196, e del Regolamento (UE) 2016/697 - GDPR;
- di accettare senza riserve tutte le condizioni del presente avviso;
- di risiedere in via
- di indicare quale domicilio presso cui dovrà essere fatta ogni comunicazione il seguente indirizzo:
Via..... nr.

Cap Città

Tel.e- mail.....

- di essere a conoscenza dell'obbligo del sottoscritto di comunicare gli eventuali variazioni di indirizzo all'Azienda la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato;

Con osservanza.

Lì,.....

FIRMA

N.B.: ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione se non sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario dell'AREU deve essere inviata o consegnata unitamente alla fotocopia integrale, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Allego alla presente documento di identità

Firma del Responsabile del Servizio per certificazione dell'attività:

FIRMA
