

Al Direttore Regionale Salute e Welfare

direzionesanita.regione@postacert.umbria.it

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO
DI COORDINATORE DEL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI.**

Il/la sottoscritto/a (.....) nato/a a il residente a
..... in via telefono mail
aziendale..... matricola n. in servizio presso
.....

D I C H I A R A

il proprio interesse a ricoprire l'incarico di **COORDINATORE DEL COMITATO DI
VALUTAZIONE SINISTRI** di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1238 del 10 dicembre
2021.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

D I C H I A R A

- ✓ Di essere dirigente dipendente dell'Aziendaruolo..... a tempo indeterminato
e a rapporto esclusivo o personale universitario a tempo indeterminato convenzionato con il
SSR e a rapporto esclusivo .
- ✓ Di possedere 5 anni di esperienza specifica nell'ambito della gestione dei
sinistri RCT-O delle Aziende Sanitarie

Allega alla presente:

- a) *curriculum* professionale predisposto secondo il formato europeo contenente le attestazioni dei
servizi prestati e di tutte le informazioni utili alla valutazione, datato e firmato;
- b) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

FIRMA