

**ALLEGATO A1**

FAC-SIMILE DOMANDA

Ferrara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (TITOLO DELL’AVVISO)

**Al Commissario Straordinario**

**Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

**Via Aldo Moro, 8 – Cona - Ferrara**

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in posizione funzionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

con la presente, di partecipare all’avviso di selezione interna indetto con determina n. 318 del 17/05/2024 per il conferimento dell’incarico di Alta Specializzazione sotto indicato:

**Medicina Palliativistica**

All’interno della UOC Clinica Medica afferente al Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) Medicina Interna, nell’ambito dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara.

A tal scopo dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dall’avviso per la partecipazione alla selezione interna in oggetto.

Allego alla presente il curriculum vitae datato e firmato in forma di dichiarazione sostitutiva (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).

Dr. /Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)