



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 418 del 29 AGO 2013

ALLEGATO N. 1

FAC-SIMILE DOMANDA

Al Presidente della Regione Molise
per il tramite della Direzione Generale per la Salute
Via Toscana n.45
86100 Campobasso

Oggetto: Domanda per l'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale di Azienda Sanitaria Regionale, di Azienda Ospedaliera e di Azienda Ospedaliera Universitaria di eventuale nuova istituzione.

 1 sottoscritt chiede di essere inserito nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale di Azienda Sanitaria Regionale, di Azienda Ospedaliera e di Azienda Ospedaliera Universitaria di eventuale nuova istituzione.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e che, secondo quanto disposto dall'art.75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. citato:

COGNOME _____ NOME _____

1. di essere nat a _____ (prov.) il _____;
2. di essere residente in _____ (prov.) (cap.) in via/piazza _____ n. ;
3. di avere il seguente numero di codice fiscale: _____;
4. di essere cittadin italian (ovvero di uno Stato dell'Unione Europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti);





5. di svolgere attualmente l'attività/la professione/l'incarico di _____, presso _____, avente sede in via/piazza _____ n. _____, CAP _____, città _____ tel. e fax _____ (o di essere in quiescenza);
6. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione);
7. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti);
8. di essere in possesso dei requisiti specifici di cui al comma 3 dell'art.3-*bis* del D.Lgs. n.502/1992 come modificato dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n. 189:
 - di essere in possesso del diploma di laurea (specificare se diploma di laurea magistrale o del vecchio ordinamento) in _____ conseguito in data _____ presso l'Università degli studi di _____;
 - di essere in possesso di adeguata esperienza dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie:
 - a) **quinquennale**, nel campo delle strutture sanitarie;
 - b) **settennale** negli altri settori;
9. di essere a conoscenza delle cause di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui al D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico;
10. di non trovarsi in nessuna delle condizioni comportanti decadenza dalla carica di cui all'art. 3, comma 11, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
11. di non aver avuto da qualsiasi Regione della Repubblica Italiana la risoluzione di un precedente contratto per lo stesso tipo di incarico a seguito di verifica disposta ai sensi dell'art. 3-*bis*, commi 6 e 7, del D.Lgs. n. 502/1992 e sue modificazioni ed integrazioni;
12. di essere disponibile alla nomina a Direttore Generale dell'attuale Azienda Sanitaria Regionale per la ipotesi di vacanza del relativo posto, nonché alla nomina di Direttore Generale di Azienda Sanitaria Ospedaliera e di Azienda Ospedaliera Universitaria di eventuale nuova istituzione;
13. di voler ricevere ogni comunicazione inerente il presente avviso al seguente recapito:





via/piazza _____ n. _____ Comune _____ prov. _____
(cap _____), tel. n. _____, tel. cellulare n. _____, fax
n. _____, e-mail _____;

14. di conoscere ed accettare espressamente tutte le indicazioni contenute nell'Avviso per la formazione dell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale di Azienda Sanitaria Regionale, di Azienda Ospedaliera e di Azienda Ospedaliera Universitaria di eventuale nuova istituzione.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

- 1) curriculum professionale datato e firmato, redatto secondo il formato europeo;
- 2) scheda riassuntiva redatta secondo il modello allegato n. 2 all'Avviso, debitamente compilata, datata e firmata;
- 3) copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000;
- 4) (altro documento o titolo ritenuto utile ai fini della propria valutazione).

___l___ sottoscritt___ si impegna a fornire ogni utile documento eventualmente richiesto ed a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo o recapito telefonico, sollevando la Regione Molise da ogni responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni o di mancata comunicazione del cambiamento di recapito.

Autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei propri dati personali ai soli fini del procedimento selettivo per il quale sono dichiarati e degli adempimenti conseguenti, nei termini e con le modalità stabilite per legge o per regolamento.

___l___ sottoscritt___ è consapevole che tutto ciò che è stato dichiarato nel presente modulo ha valore:

- di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000;
- di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, in relazione agli stati, qualità personali e fatti che sono di sua diretta conoscenza ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

Data _____

Firma

