

Al Direttore Generale per la Salute
Via Genova, 11
86100 Campobasso
regionemolise@cert.regione.molise.it

Domanda per l'inserimento nell'elenco regionale dei valutatori.

Il/La sottoscritto/a chiede di essere inserito/a nell'elenco regionale dei valutatori esperti in ambito sanitario.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA quanto segue:

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Telefono _____ e-mail: _____

PEC: _____

Recapito per comunicazioni relative all'avviso di selezione pubblica (se diverso dalla residenza):

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ C.A.P. _____

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati Membri dell'U.E.;
2. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
3. di non aver riportato condanne penali passate in giudicato né di avere procedimenti penali in corso, che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione;
4. di essere in possesso del seguente titolo di studio (*barrare la casella di interesse*):

laurea specialistica o magistrale in _____
conseguita a _____ in data _____ presso
_____ con votazione _____;

diploma di laurea secondo il vecchio ordinamento in _____
conseguita a _____ in data _____ presso
_____ con votazione _____;

diploma di laurea triennale in _____
conseguita a _____ in data _____ presso
_____ con votazione _____;

5. di essere in possesso di 5 anni di esperienza lavorativa in ambito sanitario, 3 anni in caso di medici specialisti o in possesso di diploma di formazione complementare in medicina generale, presso Aziende, strutture sanitarie pubbliche o private ovvero presso strutture dell'amministrazione regionale o enti che svolgono funzioni nell'ambito del SSN dal _____ al _____ presso _____ in qualità di _____;

6. di possedere la qualifica di Auditor e/o Responsabile di Gruppo di Audit, rilasciata in data _____ dal seguente organismo di certificazione riconosciuto a livello nazionale o internazionale denominato _____

DICHIARA inoltre (*barrare le caselle di interesse*)

di possedere comprovata capacità ed esperienza lavorativa nell'ambito del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure mediante l'applicazione degli strumenti di *Governance* clinica all'interno:

- di strutture di staff o di ruoli direzionali,
- di articolazioni organizzative clinico-assistenziali;

di possedere comprovata capacità ed esperienza lavorativa nell'organizzazione e funzionamento dei processi clinico-assistenziali;

di possedere conoscenza nel campo dei sistemi di gestione per la qualità e comprovata esperienza dei principi, procedure e tecniche relative ai processi di audit;

di essere in possesso dei seguenti attestati di formazione universitaria (corsi avanzati, master di I o II livello):

conseguito in data _____ presso _____

conseguito in data _____ presso _____

di essere in possesso dei seguenti titoli di dottorato:

conseguito in data _____ presso _____

conseguito in data _____ presso _____

di aver prodotto le seguenti pubblicazioni scientifiche:

Titolo Pubblicazione _____

Titolo Rivista _____

Editore _____

Data pubblicazione _____

ISBN _____

di essere a conoscenza e accettare in modo implicito tutte le prescrizioni ed indicazioni contenute nel presente avviso ed in particolare quanto indicato nell'avviso relativamente alle modalità di comunicazione ai candidati;

di chiedere che ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso sia inviata all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato, impegnandosi a comunicare tempestivamente successive variazioni dello stesso;

di autorizzare la Regione Molise al trattamento dei propri dati personali ai sensi Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Documentazione da allegare:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato;
- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma
