

ALLEGATO N. 1

FAC-SIMILE DOMANDA

REGIONE MOLISE

Presidenza della Giunta Regionale

Via Genova n. 11

86100 Campobasso

Oggetto: Domanda per l'inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) nonché a Direttore Generale di Agenzia Regionale Sanitaria Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione.

__1__ sottoscritt__ chiede di essere inserito nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale dell'attuale Azienda Sanitaria Regionale nonché per la nomina a Direttore Generale di Agenzia Sanitaria Regionale Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera 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 essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione);
6. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti);
7. di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità o comportanti decadenza dalla carica di cui ai commi 9 e 11 dell'art.3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni ed all'art.66 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n.267;
8. 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. 502/92 e sue modificazioni ed integrazioni;
9. 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 _____;
10. di essere in possesso dei requisiti specifici di cui al comma 3 dell'art.3-bis del D.Lgs. n.502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, per la partecipazione all'avviso;
11. di essere disponibile alla nomina a Direttore Generale dell'attuale Azienda Sanitaria Regionale per la ipotesi di vacanza del relativo posto nonché di Agenzia Sanitaria Regionale Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione;
12. 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. (se posseduto) _____, e-mail (se posseduta) _____;
13. di autorizzare la Regione Molise, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni, al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali per le finalità collegate all'inserimento nell'elenco e alla nomina a direttore generale dell'Azienda Sanitaria Regionale e, comunque, nei termini e con le modalità stabilite per legge o per regolamento per la loro conoscibilità e pubblicità.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

- curriculum professionale datato e firmato;

- scheda riassuntiva, secondo il modello allegato al fac-simile di domanda, attinente i requisiti per la partecipazione all'avviso (titolo di studio, requisiti formativi e professionali) opportunamente compilata, datata e firmata;
- 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;
- (altro documento o titolo ritenuto utile ai fini della propria valutazione).

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.

Il/La sottoscritt.... autorizza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale degli idonei alla nomina a Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) nonché a Direttore Generale di Agenzia Regionale Sanitaria Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione

Il/La sottoscritto/a 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
