

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio

ALLEGATO A SCHEMA DI DOMANDA PER INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO

Al Commissario Straordinario
Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio"
Via Vinicio Cortese, 25 88100 Catanzaro

Il/La sottoscritto/a COGNOME NOME..... nato/a
a.....il..... codice fiscale
..... residente in Via/Piazza
.....n.....Città
Provincia.....CAP..... recapiti telefonici
.....PEC_____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all' avviso pubblico per il conferimento di incarico di Direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio". A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, e con finalità di autocertificazione, 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 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA Di essere in possesso della cittadinanzastato facente parte della Unione Europea previsto dall'art. 7 della Legge 97/201;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

di non essere iscritto nelle liste elettorali (in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

(sbarrare la voce che interessa)

di godere dei diritti civili e politici

di non godere dei diritti civili e politici

(in caso di non godimento indicare i motivi)

(sbarrare la voce che interessa)

di non aver riportato condanne penali

di aver riportato le seguenti condanne penali.....

(in caso di condanne indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

di essere in possesso della laurea (magistrale o diploma del vecchio ordinamento) in
conseguita in data rilasciata dall'Università

di essere iscritto dal..... nell'elenco regionale degli aspiranti idonei alla nomina di Direttore Sanitario nelle Aziende del SSR

; di possedere/non possedere l'attestato di formazione manageriale ai sensi del D.P.R. 484/1997 conseguito in data presso.....

di non essere collocato in quiescenza ai sensi dell'art. 6 comma 1 della l. 114/ dell'11/08/2014 di conversione del D. l n. 90 del 24/06/2014;

Di non incorrere in alcune delle cause di inconfiribilità dell'incarico prevista dall'art. 3 comma 11 del D.lgs. n. 502/92 e ss mm ii e degli articoli 3, 5 e 8 del D.lgs. n. 39/2013 o in alcune delle cause di incompatibilità di cui 10 e 14 del D. Lgs. 39/2013;

di essere in possesso dei requisiti di compatibilità e di conferibilità e l'assenza di condizioni impeditive previste dalle vigenti norme di legge, devono sussistere alla data dell'assunzione dell'incarico.

di svolgere attualmente la professione di _____

di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni

di essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato presso pubbliche amministrazioni

(in caso specificare le motivazioni della destituzione o licenziamento)

(sbarrare la voce che interessa)

Che tutte le comunicazioni inerenti al procedimento di cui al presente avviso saranno effettuate esclusivamente attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica certificata personale (pec):

Il/La sottoscritto/a inoltre, autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n° 196, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura di selezione. Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di accettare senza riserva tutte le prescrizioni precisazioni e norme contenute nel bando di selezione.

ALLEGA ALLA DOMANDA (a pena di esclusione)

Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio

Fotocopia non autentica di valido documento di identità personale

Curriculum formativo e professionale in formato europeo datato e firmato, redatto ai sensi del DPR 445/2000, anche per attestarne la conformità a quello presentato per l'iscrizione nell 'elenco regionale, dal quale si evinca con chiarezza il possesso da parte del candidato dei titoli e requisiti richiesti dal presente avviso. Tale curriculum contiene specifica indicazione – per ciascun incarico - della tipologia dell'incarico stesso e del relativo provvedimento di conferimento, nonché delle date d'avvio e conclusione dell'incarico (giorno, mese, anno) ai fini della definizione della relativa durata.

Data Firma.....