***Allegato A: Fac-simile domanda***

Al Signor Presidente della Giunta regionale

della Regione Basilicata

c/o Dipartimento Politiche della Persona

Direzione Generale

Via Verrastro, 9

85100 POTENZA

PEC : ***sanita@cert.regione.basilicata.it***

Oggetto: Domanda di partecipazione all’avviso pubblico per la formazione dell’elenco regionale di aspiranti alla nomina a direttore sanitario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario della Regione Basilicata.

Il/La sottoscritt ……………………………………………………………………… chiede di essere inserito nell’elenco degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario della Regione Basilicata, previsto dal Decreto Legislativo 4 Agosto 2016, n. 171e smi.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e che, ai sensi dell’art. 75 dello stesso DPR , ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà:

1) di essere nat... a .….……….……..…..…………………. Prov.……………..…….. il ……………..;

2) di essere residente in …………………………. Prov …………via ………………………..……….. n……..

3) di avere il seguente codice fiscale……………………………………..

4) di essere cittadin.. italian… (ovvero di uno Stato dell’Unione europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti e specificatamente di essere cittadino…………………………………);

5) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);

6) di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in data presso l’Università degli Studi di………………….

7) di possedere la seguente specializzazione

8) di essere medico e di svolgere attualmente la professione di

9) di aver svolto per almeno un quinquennio qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione (come risulta dal CV nel quale dovranno essere espressamente indicate le date con giorno, mese ed anno di inizio e fine dei diversi incarichi ricoperti);

10) di non essere collocat… in quiescenza;

11) di aver conseguito l'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica n.484/97 il presso l'Ente/lstituto di ;

12) di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità dell’incarico previste dal comma 11 dell’articolo 3 del decreto legislativo n.502/92 e s.m.i. e l’insussistenza di qualsivoglia causa ostativa all’espletamento dell’incarico, ivi comprese le cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D.Lgs n. 39/2013.

**ALLEGA** alla presente domanda:

1) il curriculum, datata e firmato\*;

la scheda B compilata e firmata;

3) eventuali titoli ritenuti idonei e pertinenti, comprese le pubblicazioni a mezzo stampa, oppure specifica dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi degli articoli 19, 46 e 47 del DPR n.445/2000 contenente l’elenco dei titoli e delle pubblicazioni;

4) la fotocopia non autenticata del documento d’identità in corso di validità.

Il/La sottoscritt…. dichiara, altresì:

* di essere consapevole che ogni eventuale comunicazione inerente l’avviso per l’inserimento nell’elenco sarà inviata esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica certificata………………….
* di autorizzare il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE n.2016/679.

Dichiara infine di essere informato del fatto che:

in caso di inserimento nell’elenco degli aspiranti, il proprio curriculum vitae sarà pubblicato sul sito web della Giunta Regionale nella specifica sezione dedicata agli elenchi degli aspiranti direttori del SSR; sulle dichiarazioni rese nell’istanza per l’inserimento nell’elenco e nelle schede allegate, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno avviare i controlli ai sensi degli artt. 71 e ss. del DPR n. 445/2000 all’atto della nomina a Direttore Sanitario. Dell’eventuale esito negativo dei controlli dovrà essere inviata tempestiva comunicazione alla Direzione generale del Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata per l’adozione dei provvedimenti consequenziali di competenza.

Si impegna a produrre, se richiesto, ogni documento utile ad attestare il possesso dei titoli curriculari e professionali dichiarati e a comunicare l’eventuale variazione del proprio indirizzo di posta elettronica certificata, sollevando la Regione Basilicata da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili all’omessa comunicazione.

Data Firma

***Schema B: SCHEDA ANALITICA*** (*da allegare alla domanda*)

1. **Dati anagrafici**

* Cognome e nome ………………………………………………………………………………………
* Data e luogo di nascita …………………………………………………………………………………
* Residenza ………………………………………………………………………………………………
* Telefono ……………………….……………………………………………………………………….
* Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) …………………………………………………………
* Codice fiscale …………………………………………………………………………………………...

2. **Titoli di studio e dati relativi alla formazione**

a) Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia

• Università

• Anno del conseguimento

b) Specializzazione post universitaria; per ciascun diploma di specializzazione indicare:

• Titolo

• Ente

• Anno del conseguimento

c) Abilitazione professionale; indicare:

• Luogo e data del conseguimento

d) Iscrizione ad albo professionale; indicare:

• Ordine professionale

• Luogo e data dell’iscrizione

e) formazione manageriale di cui agli articoli 1, comma 1, e 7, del DPR n. 484/1997:

* Ente
* Anno del conseguimento

f) Formazione post universitaria

• Titolo

• Ente

• Anno del conseguimento

3. **Comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale**, di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione (così come individuate dall’art. 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 10/12/1997 n.484);

a) Ruoli e posizioni organizzative diverse, anche interne allo stesso ente/azienda, vanno riportate separatamente, indicando per ciascuna:

• Periodo: dal gg/mm/aa al gg/mm/aa

• Denominazione dell’Ente o dell’Azienda:

• Sede:

• Natura: pubblica I privata

• Settore; sanità (specificare) I altro (specificare)

• Numero dipendenti dell’Ente o Azienda di appartenenza;

• Bilancio/fatturato dell’Ente o Azienda di appartenenza;

• Denominazione della struttura di appartenenza:

• Attività della struttura di appartenenza: (descrizione)

• Qualifica funzionale rivestita, livello di inquadramento e CCNL di riferimento

• Incarico ricoperto:

• Poteri, responsabilità, mansioni svolte (risultanti da atti organizzativi dell’ente, contratti, procure conferite, ecc., configuranti autonomia gestionale e diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie)

• Numero dipendenti della struttura di cui si ha la diretta responsabilità:

• Budget della struttura di appartenenza o, se diverso, entità delle risorse finanziarie assegnate e direttamente gestite dal candidato:

• Organigramma della struttura gerarchica dell’ente/azienda, evidenziando la posizione ricoperta dal candidato (non necessario per gli incarichi di direttore generale, commissario, direttore amministrativo e sanitario di azienda sanitaria regionale).

• Valutazione conseguita/raggiungimento obiettivi assegnati

(*Ripetere per ogni incarico ricoperto)*

**Data Firma**