

Al Direttore Generale
dell'A.S.S.T. Lariana
Via Ravona, n. 20
22020 San Fermo della Battaglia (CO)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE LARIANA

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di partecipare all'**AVVISO** per il conferimento di incarico di componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'A.S.S.T. Lariana.

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n° 445/2000, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

di essere residente a _____ (prov. _____) CAP. _____

in Via _____ n. _____

cellulare _____ e-mail _____

fax _____

2) di essere in possesso della cittadinanza italiana; ovvero di essere cittadino del seguente paese dell'Unione Europea _____;

3) di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

4) di svolgere la seguente professione _____

ovvero di essere dipendente di ruolo della Giunta Regionale lombarda con:

- profilo di dirigente, presso la struttura _____
dal _____

- titolarità di posizione organizzativa, presso la struttura _____
dal _____
 - esperienza almeno triennale in organismi di valutazione del S.S.R. _____

- 5) di essere/non essere iscritto all'elenco nazionale di cui al D.P.C.M. del 2 dicembre 2016 da almeno 6 mesi;
- 6) in caso di iscrizione all'elenco nazionale di cui al D.P.C.M. del 2 dicembre 2016, di essere inserito nella seguente fascia tra quelle previste dall'art. 5 del D.P.C.M. _____
- 7) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità/confitto di interesse previste dall'art. 14, comma 8, del D.Lgs. n. 150/2009, dall'art. 6 della Legge Regionale n. 32 del 10 dicembre 2008, dalla D.G.R. n. X/1926 del 06.06.2014 e dalla D.G.R. n. X/2986 del 23.12.2014;
- 8) di non ricoprire l'incarico di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario o Direttore Sociosanitario delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico;
- 9) che le dichiarazioni contenute nel **curriculum formativo e professionale allegato** sono veritiere;
- 10) di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 per le finalità di cui al presente avviso.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- il proprio curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato;
- copia del documento di identità in corso di validità.

Chiede, infine, che ogni comunicazione inerente la seguente domanda venga inoltrata al seguente indirizzo e-mail _____

Data _____

IL DICHIARANTE _____