

Allegato B

Agenzia Nazionale per i Servizi
Sanitari Regionali - AGENAS
Area Funzionale: Risorse Umane,
Organizzazione e Bilancio
Settore protocollo - COD. AP: OIV
Via Piemonte, 60 - 00187 - Roma

Il/La sottoscritto/a _____

visto l'avviso pubblico volto alla selezione di un soggetto cui affidare l'incarico di Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) in forma monocratica - art. 14 del d.Lgs. 150/2009 - dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS),

CHIEDE

di essere ammesso/a alla predetta selezione. A tal fine il/la sottoscritto/a Nome _____

Cognome _____ Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Codice Fiscale _____ Comune di Residenza /Altro Stato U.E. di

Residenza _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Indirizzo _____

_____ N. _____ Telefono _____ Cellulare _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze disposte dagli artt. 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere iscritto all'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance – fasce professionali 2 e 3 –, di cui all'art. 5 comma 2, lettere b e c) del Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 2 dicembre 2016;
- di essere cittadino italiano (*per gli appartenenti agli altri Stati membri dell'Unione Europea indicare lo propria cittadinanza*): _____
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di: _____
- di godere dei diritti civili;

Data _____

Firma _____

Si allega:

- 1) Copia di un documento di identità in corso di validità;
- 2) Curriculum Vitae in formato europeo;
- 3) breve relazione di accompagnamento al CV