ALL.A

AVVISO PUBBLICO PER IL RINNOVO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELL'ASP DI CATANIA MEDIANTE PROCEDURA DI SELEZIONE COMPARATIVA.

Domanda di partecipazione a componente dell'Organismo Indipendente di valutazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania

Azienda Sanitaria Provinciale
di Catania
Va S. Maria la Grande, 5
95124 CATANIA

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a a_____Prov.____il_____

Codice fiscale_____

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione per la nomina a componente dell'Organismo Indipendente di valutazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania,

A tal fine il/la sottoscritta, ai sensi del D.P.R. 445/20000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 dello stesso D.P.R., per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a a_____il_____

di essere residente nel Comune di _____Prov.___in Via_____nr._____CAP_____telefono_____

indirizzo PEC_____

di essere iscritto nell'Elenco Nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di valutazione della performance presso il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai sensi del D.P.C.M. 2 dicembre 2016, al numero progressivo_____, con data di iscrizione_____, fascia professionale_____

di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016
di aver preso visione dell'avviso pubblico per la presentazione della domanda a componente dell'O.I.V. dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania e di accettarlo senza riserve in ogni sua parte e condizione

di non trovarsi in alcuna condizione di conflitto di interesse di cui all'art.14 c.8 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i.

di essere in possesso di tutti i requisiti di cui all'avviso di selezione comparativa, così come risultante dal curriculum.

Chiede che ogni eventuale comunicazione venga fatta tramite:

1. posta elettronica certificata al seguente indirizzo PEC_____
2. servizio postale, al seguente indirizzo_____

allegati:

1. copia fotostatica documento di identità in corso di validità
2. curriculum autocertificato, debitamente sottoscritto
3. relazione di accompagnamento debitamente sottoscritta

luogo e data

_____

Firma

_____

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale Catania
U.O.C. Controllo Gestione - S.I.S.
Struttura Tecnica Permanente
Responsabile Dott. Francesco Bo