

AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA SELETTIVA PER LA NOMINA DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE (OIV) DELLA ASL BARI.

AL DIRETTORE GENERALE

ASL BARI

ESCLUSIVAMENTE TRAMITE pec ALL'INDIRIZZO:

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Il/la sottoscritt_____ (nome e cognome) nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente in _____ (prov. _____) Via _____ n. _____,

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica finalizzata alla nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL BARI, quale organo collegiale composto da n. 3 membri di cui n. 1 con funzioni di Presidente, e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

1) di essere iscritto da almeno sei mesi nell'elenco nazionale dei componenti OIV istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – e precisamente al n. _____ ,

nella Fascia professionale n. _____, corrispondente per la nomina alla candidatura di interesse;

2) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di un altro Stato appartenente all'Unione Europea _____ (indicare quale) e di possedere una buona comprovata conoscenza della lingua italiana;

3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

4) di non essere stato condannato con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, per un delitto contro la Pubblica Amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ambiente, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;

5) di non essere stato sottoposto a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria ai sensi del D.Lgs. n. 159/2011, concernente il codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli artt. 1 e 2 della L. n. 136/2010, salvi gli effetti della riabilitazione; In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicare i motivi. _____

6) di non trovarsi in stato di interdizione anche temporanea o di sospensione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;

7) di non essere stato condannato con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, alla reclusione per un tempo superiore a due anni per qualunque delitto non colposo;

8) di non essere stato motivatamente rimosso dall'incarico di componente OIV prima della scadenza del mandato;

9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

10) di essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento) / laurea specialistica / laurea magistrale in _____ conseguita presso _____ in data _____, con la seguente votazione _____;

11) di essere in possesso del titolo di studio post-universitario in _____ conseguito presso _____ in data _____;

12) di essere in possesso di comprovata esperienza professionale di n. ____ anni, maturata presso pubbliche amministrazioni o aziende private, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel risk management;

13) di non essere componente di altri O.I.V. ovvero, nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 8 del D.M. 6/8/2020, di essere componente dei seguenti OIV _____;

14) di non essere/essere dipendente di pubblica amministrazione e precisamente presso _____;

15) il mancato ricorrere di una fattispecie di divieto di nomina, conflitto di interesse ovvero cause di esclusione di cui all'art. 14, d. lgs. 150/2009 e al d.m. Pubblica amministrazione del 6 agosto 2020.

Dichiara, altresì, quanto segue:

1) di essere consapevole di quanto previsto dal D.Lgs. n. 39/2013, ovvero l'assenza di cause ostative al conferimento dell'incarico di componente dell'O.I.V.;

2) di aver preso visione del presente avviso e di tutte le norme in esso contenute e di accettarle incondizionatamente, senza nulla pretendere dall'ASL BARI in caso di proroga, sospensione, revoca o modifica in tutto o in parte dello stesso avviso;

3) di autorizzare l'ASL BARI al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (GDPR 679/2016) ai fini del procedimento connesso alla selezione e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti in materia;

4) di accettare di ricevere ogni comunicazione relativa alla selezione esclusivamente tramite posta elettronica certificata.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ED ATTO DI NOTORIETA' ALLEGATO a.2

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

_____ codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di non essere, ai sensi dell'art.14, comma 8 del d.lgs. n.150 del 2009, tra i dipendenti dell'ASL BARI o tra soggetti che rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione.

- Di non trovarsi in una situazione di inconferibilità, incompatibilità o conflitto di interessi di cui alla Legge n. 190/2012, al D.lgs n. 39/2013 e alle altre norme di legge e discipline di settore.

- Di aver maturato le seguenti esperienze rilevanti ai fini della valutazione, ai sensi dell'art. 2, c. 1, lett. b, d.m. Pubblica Amministrazione 6 agosto 2020, come meglio dettagliate nella relazione richiesta dall'art. 7, secondo trattino dell'avviso pubblico:

ENTE	dal (gg/m/a) al(gg/m/a)	Qualifica	Tipo di rapporto*

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

li _____

Il Dichiarante _____