MODELLO “A”

Al Direttore Generale

dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria

Policlinico Umberto I

Viale del Policlinico 155

00161 ROMA

PEC: direzione.generale@pec.policlinicoumberto1.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di poter partecipare all’Avviso Pubblico per la selezione di n. 3 Componenti, di cui uno in qualità di Presidente, dell’Organismo Indipendente di Valutazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci:

D I C H I A R A

* di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_
* recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **di essere iscritto all’Elenco Nazionale** dei Componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi del D.M. 2.12.2016, alla data di scadenza del termine previsto nel presente avviso;
* numero progressivo di iscrizione all’Elenco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fascia professionale di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non essere dipendente dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I;
* di non rivestire incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, ovvero di non avere rapporti continuativi di collaborazione o consulenza con le predette organizzazioni, ovvero di non avere rivestito simili incarichi o cariche o avere avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;

dichiara altresì:

* di non essere Componente di altro Organismo Indipendente di Valutazione
* di essere Componente O.I.V. della seguente Amministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di impegnarsi a presentare le dimissioni da tale incarico prima di accettare la nomina da parte dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, qualora nominato, ai sensi di quanto previsto dall’art. 8 comma 3 del D.M. 2.12.2016,
* di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla legge 190/2012 e nei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013,

**A** **U T O R I Z Z A**

l’Amministrazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I all’utilizzo dei propri dati personali per i necessari atti amministrativi.

Allega i seguenti documenti:

* curriculum vitae in formato europeo in lingua italiana, datato e sottoscritto, nonché siglato in calce ad ogni pagina;
* sintetica relazione illustrativa delle esperienze ritenute maggiormente significative in relazione all’incarico;
* fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Distinti saluti

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_