

Al Commissario Straordinario
A.S.P. COSENZA
VIALE DEGLI ALIMENA,8
87100 COSENZA

Oggetto: manifestazione di interesse per la partecipazione alla selezione per la nomina di Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____ Tel. _____
Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni (da compilare solo se diverso dalla residenza):

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura comparativa in oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. n. 445/00),

DICHIARA

a) di essere iscritto, così come previsto dal D.M. 06.08.2020 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, nell'Elenco Nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di Valutazione della performance, al numero _____, in data _____ e in particolare alla fascia professionale n. _____ di cui all'art. 5 del medesimo Decreto Ministeriale;

dichiara, inoltre:

b) di essere in possesso della cittadinanza _____

c) di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____

I cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, devono dichiarare il godimento dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o di provenienza;

d) di non incorrere in alcuna delle disposizioni sul divieto di nomina e sul conflitto di interessi e cause ostative stabilite ai punti 3.4 e 3.5 dalla Delibera Civit 12 n./2013;

e) di non incorrere nelle ipotesi di inconfiribilità o incompatibilità previste dal D.Lvo. n. 39/2013;

- f) di non essere un dipendente dell'Azienda Provinciale di Cosenza;
- g) di possedere una buona conoscenza della lingua inglese. Se di cittadinanza non italiana, possesso di una buona e comprovata conoscenza della lingua italiana;
- h) di possedere buone e comprovate conoscenze informatiche;
- i) di aver preso visione del presente avviso e di tutte le norme in esso contenute e di accettarle incondizionatamente;
- l) di essere / non essere dipendente di una pubblica amministrazione;
- m) di non appartenere ad alcun O.I.V. / di appartenere ai seguenti O.I.V.: _____
in qualità di _____ impegnandosi sinora a dimettersi in caso di nomina;

Elenco dei documenti allegati alla presente:

1. Curriculum formativo e professionale datato e firmato
2. Relazione di accompagnamento
3. Copia del documento d'identità

___l___ sottoscritt___ dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, applicabili in caso di falsità delle presenti dichiarazioni.

___l___ sottoscritt___ manifesta il proprio consenso, ai sensi del D.L.vo. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti con la presente domanda da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, per le finalità di gestione della procedura concorsuale.

___l___ sottoscritt___ dichiara di essere a conoscenza che l'amministrazione non assume responsabilità per l a dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta indicazione del recapito da parte del concorrente oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

___l___ sottoscritt___ si impegna a notificare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Data _____

Firma leggibile
