**Allegato 2A)**

SCHEMA DI DOMANDA

di partecipazione alla selezione per l’inserimento nell’Elenco regionale dei soggetti idonei alla nomina di Direttore sanitario delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie del Servizio sanitario regionale

Alla Regione Umbria – Giunta regionale – Servizio “*Amministrativo e Risorse umane del SSR*" - Direzione regionale Salute e Welfare, PERUGIA - [**direzionesanita.regione@postacert.umbria.it**](mailto:direzionesanita.regione@postacert.umbria.it)**.**

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………..

CHIEDE

di partecipare all’**Avviso pubblico per l’inserimento nell’Elenco regionale dei soggetti idonei alla nomina di Direttore sanitario delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliero-universitarie del Servizio sanitario regionale.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato decreto del presidente della repubblica n. 445/00, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1) di essere nato/a a ...................................................................provincia (sigla) ............... il ......................;

2) di essere residente a ...............................................................provincia (sigla) ................ in via/piazza .................................................................... n. ........... e domiciliato a ...................................................... provincia (sigla) ............. in via/piazza ........................................................................... n. ......................;

3) di avere il seguente codice fiscale: |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ \_

4) di ricevere le comunicazioni relative al presente procedimento ai seguenti recapiti:

Telefono …………………………………………Cell.……………………………….

e-mail …………………………………………………………………….

Recapito al quale debbono essere inviate eventuali comunicazioni (indirizzo personale di posta elettronica certificata): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, quanto segue:

 di essere cittadina/o italiana/o\*;

 di essere cittadina/o di uno Stato dell’Unione europea o equiparato secondo le leggi vigenti;

**(\*nella presente e nelle seguenti voci a duplice scelta, barrare la voce che interessa)**

5)  di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di…………………………………….;

 di non essere iscritto ovvero di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi:........................................................................................................................................................;

1. di possedere il diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data ………. ...…………………….............presso l’Università degli Studi........................................................ ;
2. di possedere la seguente specializzazione: ………………………………………………….. ;
3. di aver frequentato dal \_\_\_\_ al\_\_\_\_\_, per n. complessivo di ore\_\_\_\_, e superato positivamente in data \_\_\_\_\_\_ il corso di formazione manageriale “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” *(inserire denominazione del corso manageriale)* \_\_\_\_” organizzato dal \_\_\_\_\_\_\_ *(indicare l’Ente formatore*)\_\_\_\_\_ ,ai sensi dell'articolo 1 del d.p.r. 484/1997, (allegare certificato di formazione manageriale - qualora dal certificato di formazione manageriale rilasciato dall’Ente formatore non sia desumibile che la formazione manageriale sia rivolta anche al profilo di Direttore sanitario di aziende sanitarie si chiede al candidato di produrre apposita dichiarazione dell’Ente formatore medesimo) e di possedere quindi l’attestato, di formazione manageriale programmato per il conferimento dell’incarico di Direttore generale o Direttore sanitario o attestato di formazione manageriale abilitante alle funzioni di direzione delle strutture complesse di cui agli artt. 15 e 16-quinques del d.lgs. 502/1992 e all’art.7 del d.p.r. 484/1997; oppure, in alternativa, di aver conseguito il diploma di master universitario di II° livello “in materia di organizzazione e gestione sanitaria” rilasciato ai sensi dell’art. 21 (Nuove procedure relative alla formazione manageriale in materia di sanità pubblica) della legge 5 agosto 2022 n. 118;
4. di svolgere attualmente la professione di ..............
5. di aver svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività dì direzione tecnico sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione, o in enti a carattere regolatorio e di ricerca in ambito sanitario, negli ultimi dieci anni, come di seguito riassunto:

dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con l’incarico di \_\_\_\_\_\_\_ qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con l’incarico di \_\_\_\_\_\_\_ qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con l’incarico di \_\_\_\_\_\_\_ qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di non essere collocato/a in quiescenza;
2. di non aver compiuto il 68esimo anno d’età;
3. di non essere stato destituito dall’impiego presso una pubblica amministrazione, né dichiarato decaduto per aver conseguito l’impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
4.  di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

 di avere riportato le seguenti condanne e/o di avere i seguenti carichi pendenti: ..............................................................................................................................................;

1.  di non essere stato ammesso a provvedimenti inerenti la concessione di amnistia,

condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione;

 di essere stato ammesso ai seguenti provvedimenti inerenti la concessione di amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione: ................................................................. ;

1. di non essere sottoposto a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata, nonché, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione;
2.  di non essere destinatario di provvedimenti di decadenza e di non trovarsi in alcuna delle

condizioni di incompatibilità e inconferibilità dell’incarico, ostative alla nomina o comportanti decadenza dalla carica previste dagli artt. 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dall’art. 66 del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, dall’art. 7 del d.lgs. 31 dicembre 2012, n. 235, dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39;

 di trovarsi nelle seguenti condizioni di incompatibilità/inconferibilità e di impegnarsi a rimuoverle prima dell’assunzione dell’incarico: ................................................................;

 di essere destinatario di provvedimenti di decadenza: .....................................................;

1. di impegnarsi, in caso di superamento della selezione, a comunicare tempestivamente ogni variazione inerente i fatti, gli stati e le qualità personali oggetto delle dichiarazioni di cui ai punti sopra riportati;

**ALLEGA**, inoltre, alla presente domanda:

1. il curriculum, datato e firmato;

2. **copia del curriculum destinata alla pubblicazione sul sito istituzionale** della Giunta regionale, **priva di firma e di dati personali non utili ai fini della pubblicazione** (come: luogo di nascita, indirizzo, recapiti ecc..);

3. la scheda analitica, redatta secondo lo schema allegato all’avviso, compilata e firmata;

4. eventuali titoli scientifici e professionali ritenuti idonei e pertinenti, comprese le pubblicazioni a mezzo stampa, oppure specifica dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

5. la copia non autenticata del documento d'identità.

Il/la sottoscritto/a **dichiara**, altresì:

* di essere consapevole che ogni eventuale **comunicazione personale** inerente l’Avviso per l’inserimento nell’elenco sarà inviata esclusivamente all’indirizzo di posta elettronica certificata personale indicato dal candidato all’interno della domanda;
* di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali contenuta nel bando e che al riguardo gli/le competono tutti i diritti previsti dalle disposizioni ivi citate.

Dichiara infine di essere informato del fatto che, in caso di inserimento nell’elenco di idonei, il proprio curriculum vitae (tramite l’utilizzo della copia appositamente inviata a tale scopo) sarà pubblicato sul sito web della Regione Umbria nella specifica sezione dedicata.

Si impegna a produrre, se richiesto, ogni documento utile ad attestare il possesso dei titoli curriculari e professionali dichiarati e a comunicare l’eventuale variazione del proprio indirizzo di posta elettronica certificata, sollevando la Regione Umbria da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili all’omessa comunicazione.

Data ……………………………..

Firma

……....……………………………………….

N.B. Qualora al momento dell’eventuale nomina siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 41 e 48 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/00.