ALLEGATO A) Fac-simile domanda di partecipazione

All’IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale

Via Francesco Negri, 11

00154 Roma

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI N. 1 DIRETTORE SANITARIO DEL COD DELL’IPA

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (eletto quale unico domicilio informatico per le comunicazioni dell’IPA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico, di durata di anni 3 (leggasi tre), di Direttore Sanitario del Centro Odontostomatologico dell’IPA.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 e nella decadenza dagli eventuali benefici conseguenti dal provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

1. di essere nato/a in data sopra indicata;
2. che il proprio codice fiscale è…………………………………….
3. di essere residente e domiciliato/a nei luoghi sopra riportati;
4. di essere in possesso della cittadinanza ……………………………………………;
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………;
6. di non aver riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs del 08/04/2013 n. 39;
7. ai sensi dell'art. 1, comma 3, della l. n. 484/1997, di aver svolto attività quinquennale di direzione tecnico-sanitaria nei sette anni precedenti alla scadenza dei termini del presente avviso (presso strutture pubbliche e/o private, come meglio specificato nel Curriculum allegato)
8. di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione, né dichiarato decaduto per aver conseguito l’impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
9. di non avere cause d’impedimento al godimento dei diritti civili e politici;
10. di non essere collocato in quiescenza;
11. di essere fisicamente idoneo al regolare svolgimento alle mansioni relative alla posizione di cui alla presente procedura;
12. di essere in possesso di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, ovvero laurea in Medicina per i laureati in Medicina e Chirurgia legittimati all’esercizio della professione di odontoiatra;
13. di essere in possesso di Specializzazione nella disciplina di Odontoiatria, ovvero in una delle discipline riconosciute equipollenti o affini ai sensi del D.M. 30.01.1998 e DM 31.1.98 e ss.mm.ii.;
14. di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione;
15. di essere iscritto all’albo professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
16. di essere in possesso di esperienza professionale almeno quinquennale, di direzione sanitaria in enti, aziende o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione, svolta con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie;
17. di essere in possesso della seguente specializzazione dell’area di sanità pubblica idonea a ricoprire l’incarico secondo i requisiti vigenti, nella seguente disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
18. di non trovarsi in nessuna delle circostanze di inconferibilità e/o di incompatibilità e/o di conflitto di interesse, che possano essere ostative alla nomina;
19. di essere in possesso di tutti i requisiti soggettivi professionali ed amministrativi, richiesti dalla Regione Lazio ai fini dello svolgimento dell’incarico;
20. che l’indirizzo presso il quale desidera che siano inviate le comunicazioni è quello in calce alla domanda.

Il/La sottoscritto/a allega, alla presente domanda, la seguente documentazione:

1. *curriculum vitae et studiorum*, in formato standardizzato Europass, redatto in lingua italiana, datato e sottoscritto in originale, dal quale consta, oltre al possesso dei requisiti minimi di ammissione di cui all’art. 2 dell’avviso, anche il possesso dei seguenti requisiti (barrare la voce, o le voci, che interessano):
	* possesso dell’attestato di formazione manageriale di cui all’art. 7 del DPR 484/97 e ss. mm. previsto per l’area sanità pubblica;
	* esperienza dirigenziale sanitaria, ulteriore rispetto ai cinque anni richiesti per l’ammissione, ai sensi dell’art. 2 del DPR N. 484/1997, maturata in enti, aziende o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione, svolta con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie;
	* attestati di partecipazione a master, corsi di aggiornamento e/o di formazione professionale e/o attività di docenza, in materia di sanità pubblica e/o di organizzazione e gestione sanitaria.

2. copie dei documenti e dei titoli presentati ai fini della valutazione, corredate delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (modulo allegato B) e/o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (modulo allegato C);

4. una copia firmata di valido documento di riconoscimento.

5. un elenco dei documenti e/o titoli presentati, datato e firmato.

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni relative al presente bando al seguente indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e/o al seguente indirizzo *PEC*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e di impegnarsi tempestivamente a comunicare ogni variazione che dovesse successivamente intervenire, dando atto che IPA non si assume responsabilità per eventuali ritardi o mancata consegna delle comunicazioni.

Con la presentazione della presente domanda di ammissione alla procedura di selezione in oggetto, il richiedente dichiara altresì di accettare, senza riserva alcuna, tutto quanto previsto nell’avviso a cui essa si riferisce.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a esprime, inoltre, consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, unicamente per le finalità legate alla presente istanza.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

Alla presente dichiarazione andrà allegata copia fotostatica fronte-retro di un valido documento di riconoscimento.