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 CMP 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 di Medicina Preventiva dell’IPA.

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

DICHIARA

1. di essere nato/a in data sopra indicata;
2. 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 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 Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia o del seguente titolo equipollente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
13. di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione;
14. di essere iscritto all’albo professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
15. 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 diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie;
16. di essere in possesso della seguente specializzazione dell’area di sanità pubblica idonea a ricoprire l’incarico secondo i requisiti vigenti, nella seguente disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
17. di non trovarsi in nessuna circostanza di inconferibilità e/o di incompatibilità e/o di conflitto di interesse, che possa essere ostativa alla nomina;
18. di essere in possesso di tutti requisiti soggettivi professionali ed amministrativi richiesti dalla Regione Lazio ai fini dello svolgimento dell’incarico;
19. 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, da cui 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;
   * specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva;
   * esperienza dirigenziale sanitaria in enti, aziende o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione, ulteriore rispetto ai cinque anni richiesti per l’ammissione, ai sensi dell’art. 2 del DPR N. 484/1997, svolta con autonomia gestionale e con 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, fronte-retro, 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.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

* di essere beneficiario della L. n. 104/1992 (barrare se la voce interessa),

e di necessitare

* di tempi aggiuntivi per l’espletamento del colloquio, come da apposita certificazione medica qui prodotta, che specifica i tempi aggiuntivi necessari) (barrare la voce se interessa).

Con la presentazione della presente domanda di ammissione alla procedura di selezione in oggetto, il richiedente altresì dichiara 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.