

ALLEGATO A - FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale ASL Ogliastro

Il sottoscritt _____, nat_ a _____
(Prov.____) il _____, residente in _____, (CAP____),
Via _____,
n.____ e domiciliato per la procedura selettiva in
_____ (CAP____), Via _____, n. _____
Tel. n. _____ email _____ PEC _____

CODICE FISCALE _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla selezione pubblica, per il conferimento di n. 3 incarichi di componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

di essere iscritto nell'Elenco nazionale dei componenti degli OIV dal _____ con numero progressivo _____ e Fascia professionale di appartenenza _____.

Di essere in possesso dei seguenti requisiti: **a) generali:**

1. essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea; 2. godere dei diritti civili e politici.

b) di competenza ed esperienza:

1. essere in possesso di diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica o laurea magistrale;

2. essere in possesso di comprovata esperienza professionale di almeno cinque anni, maturata presso pubbliche amministrazioni o aziende private nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel risk management. Le suddette esperienze devono essere dimostrate tramite idonea documentazione da presentare, a richiesta del Dipartimento, pena il mancato riconoscimento dell'esperienza stessa.

3. essere componente dei seguenti Organismi Indipendenti di Valutazione/Nuclei di Valutazione (per ogni organismo di cui si fa parte indicare il numero dei dipendenti della amministrazione di riferimento):

1. _____ Dipendenti n. _____;

2. _____ Dipendenti n. _____;

3. _____ Dipendenti n. _____; **c) di integrità:**

1. non essere stati condannati con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, per un delitto contro la pubblica Amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ambiente, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;

2. non essere stati sottoposti a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, concernente il codice delle leggi antimafia e delle misure di

prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136, salvi gli effetti della riabilitazione;

3. non trovarsi in stato di interdizione anche temporanea o di sospensione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
4. non essere stati condannati con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, alla reclusione per un tempo superiore a due anni per qualunque delitto non colposo;
5. non essere stati motivatamente rimossi dall'incarico di componente dell'OIV prima della scadenza del mandato

D) Ulteriori requisiti da dichiarare

1. di non superare, nell'ipotesi di assunzione dell'incarico, i limiti di appartenenza a più OIV fissati dall'art. 8 del D.M. 6 agosto 2020;
2. di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità, inconfiribilità e conflitto di interessi di cui all'art.3 del presente avviso di selezione;
3. di essere in possesso di una buona e comprovata conoscenza della lingua italiana;
4. di essere in possesso di una buona conoscenza della lingua inglese;
5. di avere buone e comprovate conoscenze informatiche;
6. di essere/non essere dipendente pubblico presso _____; 7. di aver preso visione del presente avviso e di tutte le norme in esso contenute e di accettarle incondizionatamente;
8. di essere immediatamente disponibile, qualora selezionato/a, all'assunzione dell'incarico, previo tempestivo ricevimento e comunicazione ufficiale alla Azienda Socio-Sanitaria Locale n.2 della Gallura di autorizzazione da parte dell'Ente di appartenenza;

Il/la sottoscritto/a chiede che qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione venga inviata a mezzo:

Pec: _____

Indirizzo:

Via/Piazza _____ n. _____ Comune _____ cap _____ provincia _____

Allega alla presente:

- a. copia del documento di identità;
- b. copia del curriculum vitae da cui risultino le esperienze e i titoli significativi in relazione al ruolo da svolgere, con specifica indicazione delle eventuali attività espletate in qualità di componente OIV, in particolare, presso Aziende Socio – Sanitarie Locali;
- c. sintetica relazione di accompagnamento al curriculum, illustrativa delle competenze ed esperienze ritenute maggiormente significative in relazione all'incarico da svolgere;
- d. la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità, inconfiribilità e conflitto di interessi, redatta secondo lo schema di cui **all'Allegato B.**

Il/la sottoscritto/a è consapevole che qualora emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni – ferma la responsabilità penale ai sensi delle norme vigenti – decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle medesime dichiarazioni mendaci.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di aver preso visione di quanto riportato all'art. 8 dell'Avviso di selezione e quindi di consentire il trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni specifiche previste dal Regolamento Generale di Protezione dei dati personali (RGDP) UE 2016/679 per gli adempimenti connessi alla presente procedura selettiva.

_____li,_____

FIRMA