

## FAC-SIMILE DOMANDA

### REGIONE MOLISE

Presidenza della Giunta Regionale

Via XXIV Maggio, n.130

86100 Campobasso

**Oggetto:** Domanda di inserimento nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale (ASReM) nonché a Direttore Generale di Agenzia Regionale Sanitaria Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ chiede di essere inserito nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale dell'attuale Azienda Sanitaria Regionale nonché per la nomina a Direttore Generale di Agenzia Sanitaria Regionale Molisana e di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e che, secondo quanto disposto dall'art.75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. citato:

1. di essere nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) (cap\_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
3. di avere il seguente numero di codice fiscale: \_\_\_\_\_;
4. di essere cittadin\_\_\_ italian\_\_\_ (ovvero di uno Stato dell'Unione Europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti);

5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione);
6. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti);
7. di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità o comportanti decadenza dalla carica di cui ai commi 9 e 11 dell'art.3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni ed all'art.66 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n.267;
8. di non aver avuto da qualsiasi Regione della Repubblica Italiana la risoluzione di un precedente contratto per lo stesso tipo di incarico a seguito di verifica disposta ai sensi dell'art. 3-bis, commi 6 e 7, del D.Lgs. n. 502/92 e sue modificazioni ed integrazioni;
9. di essere in possesso del diploma di laurea (specificare se diploma di laurea magistrale o del vecchio ordinamento) in \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
10. di essere in possesso dei requisiti specifici di cui al comma 3 dell'art.3-bis del D.Lgs. n.502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, per la partecipazione all'avviso;
11. di essere disponibile alla nomina a Direttore Generale nell'attuale Azienda Sanitaria Regionale per la ipotesi di vacanza del relativo posto nonché in Agenzia Sanitaria Regionale Molisana ed in Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera di eventuale nuova istituzione;
12. di voler ricevere ogni comunicazione inerente il presente avviso al seguente recapito:  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
(cap \_\_\_\_\_), tel. n. \_\_\_\_\_, tel. cellulare n. \_\_\_\_\_,  
fax n. (se posseduto) \_\_\_\_\_, e-mail (se posseduta) \_\_\_\_\_;
13. di autorizzare la Regione Molise, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e sue modificazioni ed integrazioni, al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali per le finalità collegate all'inserimento nell'elenco e alla nomina a direttore generale dell'Azienda Sanitaria Regionale e, comunque, nei termini e con le modalità stabilite per legge o per regolamento per la loro conoscibilità e pubblicità.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

- curriculum professionale datato e firmato, redatto nelle forme di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000;

- scheda riassuntiva, secondo il modello allegato al fac-simile di domanda, attinente i requisiti per la partecipazione all'avviso (titolo di studio, requisiti formativi e professionali) opportunamente compilata, datata e firmata;
- copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000;
- (altro documento o titolo ritenuto utile ai fini della propria valutazione).

Si impegna a fornire ogni utile documento eventualmente richiesto ed a comunicare eventuali cambiamenti di indirizzo o recapito telefonico, sollevando la Regione Molise da ogni responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni o di mancata comunicazione del cambiamento di recapito.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che tutto ciò che è stato dichiarato nel presente modulo ha valore:

- di dichiarazione sostitutiva di certificazione, in relazione agli stati, qualità personali e fatti elencati nell'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000;
- di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, in relazione agli stati, qualità personali e fatti che sono di sua diretta conoscenza ai sensi dell'art. 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000.

Data\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_