

Al Presidente della Giunta regionale
Direzione regionale Salute e integrazione socio
sanitaria
salute@regione.lazio.legalmail.it

Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi di direttore generale presso l'Azienda Sanitaria Locale ROMA 1'

Il sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....Comune di nascita..... Provincia.....

Comune di residenza.....CAP.....prov.....

Via/piazza n.....

Codice fiscale.....

Domicilio digitale (indirizzo pec).....;

consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R., le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazione.

DICHIARA

1. di essere cittadino.... italian... (ovvero di uno stato dell'Unione europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti);
2. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di..... (ovvero i motivi di non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);
3. di essere iscritto nell'elenco nazionale degli idonei alla nomina a direttore generale di azienda sanitaria regionale;
4. 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;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso (ovvero di aver riportato le seguenti condanne e/o di avere i seguenti carichi pendenti);
6. di non essere stato ammesso a provvedimenti inerenti la concessione di amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione
7. di non essere stato sottoposto a misure di sicurezza detentiva o a libertà vigilata, nonché, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione;
8. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità, inconfiribilità dell'incarico, ostative alla nomina o comportanti decadenza dalla carica previste dagli artt. 3 e 3bis del D.lgs. 502/1992, dall'art. 8 della L.R. 18/1994 e s.m.i. e dal D.lgs. 39/2013 (ovvero di trovarsi nelle seguenti condizioni di incompatibilità e di impegnarsi a rimuoverle prima dell'assunzione dell'incarico);
9. di non essere destinatario di provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi

in materia di trasparenza (ovvero di essere destinatario dei seguenti provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza)

.....
10. di non essere collocato in quiescenza;

11. di non essere destinatario di provvedimenti di decadenza o assimilabili, negli ultimi sette anni (ovvero di essere destinatario di tali provvedimenti, indicandone gli estremi)

.....

Dichiara, inoltre

di manifestare il proprio interesse alla nomina presso ASL Roma 1

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che ogni eventuale comunicazione inerente l'avviso per l'inserimento nella rosa di idonei sarà pubblicata sul sito internet della regione e di essere informato che sullo stesso sito, in caso di inserimento nella rosa di idonei, sarà pubblicato il proprio curriculum vitae.

Si impegna a produrre, se richiesto, ogni eventuale documento/dichiarazione utile ad attestare e/o specificare il possesso dei titoli dichiarati ed a comunicare l'eventuale variazione della professione svolta.

Allegati: