

REGIONE LAZIO

Alla Direzione “Salute e Integrazione
Sociosanitaria”

salute@regione.lazio.legalmail.it

Il/la sottoscritto/a _____ chiede di essere inserito
nell’**elenco di idonei alla nomina di direttore sanitario delle aziende sanitarie e degli altri enti
del servizio sanitario della Regione Lazio.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre
2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di
atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del medesimo decreto del Presidente della Repubblica n.445/00,
sotto la propria responsabilità, DICHIARA quanto segue:

Cognome Nome

Data di nascita Comune di nascita prov.

Codice fiscale

Comune di residenza

C.A.P. prov.

Via/Piazza n.

Telefono Cell.....

e-mail

Domicilio digitale

1. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in data

.....presso l’Università degli Studi.....

.....

2. di possedere la seguente specializzazione:

.....

3. di essere medico con qualifica dirigenziale e di svolgere attualmente la professione di

.....;

4. di non essere collocato/a in quiescenza;

5. di aver svolto qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria (come risulta dal CV nel quale dovranno essere espressamente indicate le date con giorno, mese ed anno di inizio e fine dei diversi incarichi ricoperti);
6. di aver conseguito l'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n.484/97 il.....presso l'Ente/Istituto.....di.....;
7. di essere presente negli elenchi di direttore sanitario delle seguenti regioni:
.....
.....
.....
8. di non incorrere in alcuna delle cause di inconfiribilità dell'incarico previste dall'articolo 3 comma 11 del decreto legislativo n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dagli articoli 3, 5 e 8 del decreto legislativo n.39/2013, o in alcuna delle cause di incompatibilità di cui agli articoli 10 e 14 dello stesso decreto legislativo n.39/2013.

ALLEGA, inoltre, alla presente domanda:

1. il curriculum, predisposto secondo il formato europeo, datato e firmato¹;
2. le schede A e B compilate e firmate;
3. copia del curriculum destinata alla pubblicazione sul sito web della Giunta regionale;
4. eventuali titoli scientifici e professionali ritenuti idonei e pertinenti, comprese le pubblicazioni a mezzo stampa, oppure specifica dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n.445/2000.
5. la fotocopia non autenticata del documento d'identità.

Il/la sottoscritto/a dichiara, di essere consapevole che ogni eventuale comunicazione inerente l'avviso per l'inserimento nell'elenco sarà inviata esclusivamente o all'indirizzo di posta elettronica certificata *salute@regione.lazio.legalmail.it*.

Dichiara infine di essere informato del fatto che, in caso di inserimento nell'elenco di idonei, il proprio curriculum vitae (tramite l'utilizzo della copia appositamente inviata) sarà pubblicato sul sito web della Giunta regionale nella specifica sezione dedicata agli elenchi degli aspiranti direttori del SSR e alla nomina degli stessi.

Data

Firma

¹ Il curriculum deve essere rilasciato sotto la propria responsabilità e ai sensi e per gli effetti sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00 e dallo stesso deve risultare chiaramente il possesso della qualifica di medico dirigente e del requisito dell'esperienza quinquennale di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione acquisita nei 7 anni precedenti alla scadenza del presente avviso.

N.B. Qualora al momento dell'eventuale nomina siano scaduti i termini di validità delle dichiarazioni rese, le stesse dovranno essere riconfermate attraverso la sottoscrizione di un apposito modulo ai sensi di quanto stabilito dagli articoli 41 e 48 del decreto del Presidente della Repubblica n.445/00.

A) TITOLI FORMATIVI ED ESPERIENZE PROFESSIONALI DIVERSE DA QUELLE INDICATE NELLA SCHEDA B

1) Diploma/i di laurea.....
 Indirizzo/i di laurea.....
 Titolo tesi di laurea.....
 Università, luogo e data del conseguimento.....
 Voto.....

2) Corsi di specializzazione post-laurea (*indicare soltanto Titolo, Ente o Istituto, anno, voto*):

Titolo	Ente/Istituto	anno	voto
.....
.....
.....
.....
.....

3) Corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica n.484/97 (*indicare Ente o Istituto formatore e Regione per conto della quale e' organizzato il corso, titolo, periodo di svolgimento e data conseguimento del titolo*)

.....

4) Eventuale Corso di formazione manageriale di cui all'articolo 3 bis, IV co., del d.lgs. 502/1992 e all'art.1, IV co. , lett.c), del d.lgs. 171/2016 (*indicare Ente o Istituto formatore e Regione per conto della quale e' organizzato il corso, titolo, periodo di svolgimento e data conseguimento del titolo*)

.....

5) Altri Corsi di formazione manageriale frequentati negli ultimi cinque anni, con durata minima di cinque giorni (*indicare Ente o Istituto, titolo, periodo*), con particolare riferimento alle materie di seguito indicate:

- Strumenti di programmazione e controllo
- Organizzazione del lavoro e gestione delle risorse umane
- Qualità, politiche di accreditamento e rapporti con l'utente/cliente
- Sistemi di valutazione delle performance
- Organizzazione e gestione dei servizi sanitari
- Dinamica economico-finanziaria nelle aziende sanitarie
- Discipline affini(specificare)

Ente/Istituto	Titolo	periodo
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6) Conoscenza delle lingue (*indicare eventuale certificato o titolo con relativo punteggio a test di conoscenza*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7) Esperienza di lavoro all'estero con durata minima di sei mesi (*indicare Ente o Istituto, attività e periodo*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8) Esperienze professionali e lavorative maturate diverse da quelle indicate nella parte "B" (*indicare Ente, Istituto o Azienda, attività e periodo*):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B) DATI ATTESTANTI LO SVOLGIMENTO DI QUALIFICATA ATTIVITA' DI DIREZIONE TECNICO-SANITARIA

(Compilare una scheda per ciascuna esperienza, anche se acquisita nello stesso Ente/Impresa partendo da quelle più recenti)

SCHEDA N° _____

- 1. Impresa/Ente.....
 Settore.....
 Sede.....
 Valore della produzione (per aziende e enti in contabilità economico patrimoniale) o Totale entrate/spese correnti (per aziende o enti in contabilità finanziaria) - ultimo anno di riferimento.....

- 2. Settore specifico (nel caso in cui l'esperienza dirigenziale riguardi una determinata articolazione dell'Impresa/Ente)
Budget gestito
 direttamente ed effettivamente dal candidato
- Numero dipendenti gestiti direttamente ed effettivamente dal candidato.....

- 3. Posizione occupata nell'Impresa/Ente:
 Livello d'inquadramento formale o contrattuale

 Periodo/i (indicare con precisione le date di inizio e di fine di ciascuna esperienza)

- 4. Sintetica descrizione del ruolo svolto (responsabilità ed attività connesse):

- 5. Sintetica descrizione dei ruoli organizzativi (principali) con cui si interagisce, con particolare riferimento a:
 - relazioni con ambiente esterno;
 - relazioni gerarchiche o funzionali verso l'alto (indicare eventuale posizione dirigenziale superiore);
 - relazioni orizzontali;
 - relazioni gerarchiche o funzionali con ruoli subordinati (indicare principali responsabilità ed attività connesse ai ruoli subordinati)

