**Allegato 1**

**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

Al Direttore Generale

dell’ASST RHODENSE

Viale Forlanini, 95

20024 GARBAGNATE MILANESE

PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE** **ALL’AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI SOGGETTI QUALIFICATI PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI COMPONENTE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DELL'ASST RHODENSE**

La/Il sottoscritta/o ............................................................................................................... nata/o a ……………………………… il …………………. e residente a ………………………. in via………………… n ………………. CAP………………………… C.F. ………………………………………………………………………………..

**PROPONE**

La propria candidatura per la partecipazione all’avviso di selezione pubblica per l’acquisizione di manifestazione di interesse da parte di soggetti qualificati per il conferimento di incarico di componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’ASST Rhodense.

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,**

**DICHIARA**

a) di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

b) di essere cittadino italiano ovvero di essere in possesso della cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea, di seguito indicata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

c) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

d) barrare la/e casella/e corrispondenti alla propria situazione personale:

 non aver riportato condanne penali alla data di scadenza del presente bando;

 avere riportato le seguenti condanne penali

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(allegare copia della sentenza d’irrogazione unitamente alla dichiarazione che la stessa è conforme

all’originale ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000);

 non avere procedimenti penali in corso alla data di scadenza del presente bando;

 avere procedimenti penali in corso alla data di scadenza del presente bando;

e) di essere in possesso del seguente titolo di studio (laurea magistrale o laurea specialistica o laurea vecchio ordinamento)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

f) di essere in possesso dei requisiti richiesti per il conferimento di incarico di componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell’ASST Rhodense;

g) • **se dipendente** **appartenente al personale della Giunta Regionale**, barrare la/e casella/e corrispondenti alla propria situazione personale:

  di avere la seguente posizione dirigenziale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

  di essere titolare di posizione organizzativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (almeno 5 anni);

  di essere titolare di posizione organizzativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver acquisito un’esperienza almeno triennale in organismi di valutazione del sistema sanitario regionale;

 • **se componente diverso da quello regionale**: di essere iscritto da almeno 6 mesi all’elenco nazionale O.I.V. di cui al DPCM 6 agosto 2020 e s.i.m, recante “Istituzione e disciplina dell’elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione”, n. di iscrizione elenco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ collocazione in fascia professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

h) l'insussistenza delle situazioni di incompatibilità all'assunzione dell'incarico previste dall'art. 14, comma 8 del D.Lgs.150/09, dell'art .6 della L.R.32/2008, e, per i dipendenti regionali, previste dalla DGR n. X/1926 del 06.06.2014 e DGR X/2986 del 23.12.2014;

i) di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità di incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013;

l) di impegnarsi a non assumere un numero di incarichi superiore a 2, come previsto dal DPCM 6 agosto 2020 e s.i.m.;

m) di non trovarsi nei confronti dell'ASST Rhodense in una situazione di conflitto anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti entro il secondo grado;

n) di avere preso visione integrale dell’Avviso di selezione pubblica per l'acquisizione di manifestazione di interesse da parte di soggetti qualificati per il conferimento di incarico di componente del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST Rhodense;

o) di essere a conoscenza di quanto disposto dalla DGR n. Xl/4942 del 29.06.2021 e dal DPCM 6 agosto 2020 e s.i.m.

p) il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni necessaria comunicazione inerente la presente domanda:

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega la seguente documentazione:**

1. dettagliato Curriculum professionale in formato europeo, datato e firmato, in versione PDF/A, reso ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.

2. fotocopia del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000

**Data e Luogo……………… FIRMA ………………………………………………………………..**