Al Direttore Generale

 ASST della Valcamonica

 Via Nissolina, 2

 **25043 BRENO (Bs)**

Il/La sottoscritto/a...................................................................nato/a.....................………................…

il...............................residente a.............……….............................in Via/P.zza.......….....................…

c.a.p..................... tel.........................…….Codice fiscale…………….. ……………………………..

Indirizzo di Posta Elettronica (non PEC)…………………………………………………………….

C H I E D E

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso interno, per titoli e colloquio, per il conferimento dell’incarico quinquennale di direzione del **DISTRETTO DI VALLECAMONICA-SEBINO** con scadenza **12 Settembre 2022.**

All’uopo sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R.445/2000, dichiara:

1. [ ] di essere in possesso della cittadinanza italiana,

[ ] di avere la cittadinanza in uno degli Stati Membri dell'Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di essere cittadino di uno dei Paesi dell’Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro purché siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (art. 9 del D.Lgs. 286/98) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di rifugiato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di essere cittadino di Paesi terzi che siano titolari dello status di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

[ ] di aver subito le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di aver i seguenti procedimenti penali in corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di essere nei riguardi del servizio militare di leva: [ ] dispensato; [ ] riformato;

[ ] con servizio svolto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal (gg./mm./aa.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (gg./mm./aa.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di avere svolto e concluso il *S*ervizio *C*ivile *V*olontario presso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (denominazione Ente) (indirizzo completo - c.a.p. - provincia)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) all’interno del progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg/mm/aa) con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. [ ] di essere dipendente a tempo indeterminato dell’ASST Valcamonica o dell’ATS della Montagna nel profilo professionale di Dirigente;
2. [ ] di possedere un'anzianità di almeno cinque anni di servizio effettivo nel profilo professionale di Dirigente;
3. [ ] di aver prestato servizio come da autocertificazione allegata;
4. [ ] di aver maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un’adeguata formazione, così come meglio dettagliato nel Curriculum Vitae;
5. [ ] di non essere incorso nella destituzione, dispensa o decadenza da precedenti impieghi presso Pubbliche amministrazioni;
6. [ ] di essere in possesso di valutazioni annuali individuali positive riferite all’ultimo triennio;
7. [ ] di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a concorso;
8. [ ] di accettare, senza riserve, tutte le prescrizioni e precisazioni indicate nel bando, nonché quelle che disciplinano o disciplineranno lo stato giuridico ed economico del personale delle aziende sanitarie;
9. [ ] di acconsentire, ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016, al trattamento dei dati personali al fine dello svolgimento delle procedure connesse al concorso in oggetto;
10. [ ] di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda all'indirizzo di residenza di cui sopra

oppure:

[ ] al seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.a.p \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure:

[ ] al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

(PEC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Firma

 Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nota: Se la presente istanza non è sottoscritta davanti al dipendente addetto all'ufficio concorsi, deve essere allegata fotocopia del documento di identità in forma semplice pena esclusione dal concorso).*

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art.46 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Io sottoscritto/a...........................................................................................................................

nato/a a....................................................................il......................…. ........................................

residente a.................................................................................................................................

Via......................................................................................nr.....................................................

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal DPR 28.12.2000, n.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

**D I C H I A R A**

- di aver prestato/di prestare servizio presso:

a) denominazione Ente:.........................................................................................................................

 (indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato).

 Qualifica...........................................................................................................................................

 tipologia del rapporto ......................................................................................................................

 (indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

[ ] tempo pieno dal...............................al.......................

[ ] tempo parziale (n° ore settimanali....................) dal...............................al....................…

b) denominazione Ente:........................................................................................................................

 (indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato) Qualifica................................................................................................................................................

 tipologia del rapporto .....................................................................................................................

 (indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

[ ] tempo pieno dal...............................al.......................

[ ] tempo parziale (n° ore settimanali....................) dal...............................al....................…

con le seguenti mansioni: ............................................................................................................…

c) denominazione Ente:........................................................................................................................

 (indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato) Qualifica................................................................................................................................................

 tipologia del rapporto .....................................................................................................................

 (indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

[ ] tempo pieno dal...............................al.......................

[ ] tempo parziale (n° ore settimanali....................) dal...............................al....................…

d) denominazione Ente:........................................................................................................................

 (indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato) Qualifica................................................................................................................................................

 tipologia del rapporto .....................................................................................................................

 (indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

[ ] tempo pieno dal...............................al.......................

[ ] tempo parziale (n° ore settimanali....................) dal...............................al....................…

e) denominazione Ente:........................................................................................................................

 (indicare se Ente Pubblico, istituto accreditato o istituto privato convenzionato o privato) Qualifica................................................................................................................................................

 tipologia del rapporto .....................................................................................................................

 (indicare se trattasi di rapporto di lavoro subordinato, libero professionale, borsa di studio, ecc.).

[ ] tempo pieno dal...............................al.......................

[ ] tempo parziale (n° ore settimanali....................) dal...............................al....................…

Dichiaro, inoltre, che per i suddetti servizi a rapporto di lavoro subordinato con il SSN non ricorrono le condizioni di cui all’art.46 del D.P.R.20.12.1979, n.761.

...................................., il............................. ........................................

 (luogo) (data) (il/la dichiarante)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

(art.47 D.P.R. 28.12.2000, nr.445)

Io sottoscritto/a...........................................................................................................................

nato/a a....................................................................il.................................................................

residente a.................................................................................................................................

Via......................................................................................nr..................................................…

consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o farne uso nei casi previsti dal D.P.R. 28.12.2000, nr.445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

**D I C H I A R O**

che le copie dei documenti sotto elencati ed allegati, sono conformi agli originali:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

................................., il............................ ...................................................

 (luogo) (data) (il/la dichiarante)

*Informativa ai sensi di legge i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura selettiva.*