

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO

AL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Via Torraca n.2 -85100 POTENZA

PEC: protocollo@pec.aspbasilicata.it

OGGETTO: AVVISO OIV 2023 e *COGNOME* e *NOME* del candidato

Il/La sottoscritt ___ nato/a a _____ (prov. ____) il _____
residente in _____ (prov. ____) Via _____
n.____, codice fiscale _____,

CHIEDE

di partecipare alla procedura per titoli, finalizzata alla nomina di Componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (O.I.V.) dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

1. di essere iscritto, ai sensi dell'art. 7 del DM 6 agosto 2020 del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, nell'elenco nazionale dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance, nella fascia professionale _____ al n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea _____ (indicare quale);
3. di godere dei diritti civili e politici;
4. ai sensi dell'art. 2 comma 1 lettera C DM. 06/08/2020 di non essere stato/a condannato/a con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, per un delitto contro la pubblica amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ambiente, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;
5. di essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica o laurea magistrale in _____ conseguita presso _____ in data _____;
6. di essere in possesso di comprovata esperienza professionale di almeno 5 anni maturata presso pubbliche amministrazioni o aziende private, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel risk management (specificare se è stata maturata esperienza come componente O.I.V.);
7. di non essere stato condannato con sentenza irrevocabile, salvi gli effetti della riabilitazione, per un

delitto contro la pubblica amministrazione, contro la fede pubblica, contro il patrimonio, contro l'ambiente, contro l'ordine pubblico, contro l'economia pubblica ovvero per un delitto in materia tributaria;

8. di non essere stato sottoposto a misure di prevenzione disposte dall'autorità giudiziaria ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, concernente il codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136, salvi gli effetti della riabilitazione;
9. di non trovarsi in stato di interdizione anche temporanea o di sospensione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
10. di non essere stato motivatamente rimosso dall'incarico di componente dell'OIV prima della scadenza del mandato.
11. di far rimando all'allegata dichiarazione in merito all'assenza di cause ostative alla nomina di componente O.I.V. (art. 14 comma 8, del D.Lgs n. 150/2009 e s.m.i. - delibera Civit n. 12/2013 – L. n. 190/2012) e all'esclusività dell'incarico (art. 8, comma 3, D.M. 2.12.2016).
12. di prendere atto che ogni comunicazione relativa alla procedura per la quale si presenta la candidatura avverrà alla stessa PEC dalla quale è stata formulata la domanda di partecipazione e di impegnarsi a comunicare a mezzo PEC dell'Azienda Sanitaria di Potenza ogni eventuale modifica del proprio recapito PEC;
13. indica altresì il proprio recapito telefonico nel seguente numero: _____

Inoltre allega:

1. curriculum vitae, datato e firmato;
2. relazione di accompagnamento al curriculum (datata e firmata) in cui sono illustrate le esperienze ritenute più significative in relazione al ruolo da svolgere. *(in particolare il candidato, ove abbia già rivestito il ruolo di componente O.I.V., deve darne comunicazione nel curriculum e nella relazione di accompagnamento, illustrando le specifiche attività svolte; il candidato, altresì potrà allegare descrivere o allegare ogni altra attività/esperienza professionale e di studio ritenuta utile per il miglior espletamento della funzione da attribuirsi);*
3. dichiarazione che attesti l'assenza delle cause ostative alla nomina e dichiarazione di esclusività dell'incarico, datata e firmata (ALLEGATO A.2);
4. elenco, in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati, datato e firmato;
5. copia fotostatica di documento di identità valido, datato e sottoscritto.

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679, il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al trattamento dei propri dati personali ai fini del procedimento connesso alla selezione e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti in materia.

Luogo e data _____

Firma

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE OSTATIVE ALLA NOMINA DI COMPONENTE O.I.V.
(ART. 14 COMMA 8, DEL D.LGS N. 150/2009 E SMI - DELIBERA CIVIT N. 12/2013 – L. N. 190/2012)
E DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITÀ DELL'INCARICO (ART. 8, COMMA 3, D.M. 2.12.2016)**

Il/La sottoscritt ___ nato/a a _____ (prov. ____) il _____
residente in _____ (prov. ____) Via _____
n. ____, codice fiscale _____,

all'atto di presentare domanda per la nomina a Componente dell'O.I.V. dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

- di non trovarsi in una situazione di conflitto, anche potenziale, d' interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- di non avere riportato una sanzione disciplinare superiore alla censura;
- di non essere responsabile della prevenzione della corruzione;
- di non essere magistrato o avvocato dello Stato che svolge funzioni nello stesso ambito territoriale in cui opera l'azienda presso cui deve essere costituito l'O.I.V.;
- di non avere svolto, se non episodicamente, attività professionale in favore o contro l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza;
- di non avere un rapporto di coniugio, di convivenza, di parentela o di affinità entro il secondo grado con dirigenti e dipendenti apicali in servizio presso l'Azienda o con il vertice politico/ amministrativo;
- di non essere stato motivatamente rimosso dall'incarico di componente di un O.I.V. prima della scadenza del mandato;
- di non essere Componente del Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

D I C H I A R A,

altresi:

- di non essere Componente di alcun O.I.V.,

ovvero

- di essere componente dei seguenti OIV ai sensi dell'art. 8 del D.M. 06/08/2020 (max n. 4 per i non dipendenti di P.A. e max n. 2 per i dipendenti nella P.A.):

- In caso di superamento del limite massimo consentito dalla vigente normativa si impegna a dare le dimissioni da uno degli incarichi già in essere prima di accettare la nomina da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza se selezionato.

Luogo e data _____

Firma
