

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "S.MARIA"
Via Tristano di Joannuccio, snc
05100 – TERNI (TR)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov _____ il _____ residente a _____ Via _____; chiede di essere ammesso/a a partecipare all'Avviso di procedura selettiva pubblica finalizzata all'acquisizione di manifestazioni di interesse per la sostituzione del presidente dell'organismo indipendente di valutazione della performance (OIV) in forma collegiale per una durata di tre anni, secondo le indicazioni fornite dall'art. 14 comma 8 del D. Lgs. 150/2009, dal D.P.R. 9.5.2016 n. 105 e dal D.M. 6.8.2020.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art.76 DPR n.445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- di essere iscritto, ai sensi dell'art. 7 del DM 6.8.2020 del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, nell'elenco nazionale dei componenti dell'Organismo indipendente di Valutazione della Performance, al n° _____ nella fascia professionale n. 3(tre) dalla data del _____, e pertanto da almeno sei mesi alla data di scadenza dell'Avviso;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti di competenza, esperienza e integrità di cui all'art. 2 del DM 6.8.2020 accertati all'atto di iscrizione nell'elenco nazionale dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di altro Stato appartenente all'Unione Europea _____ (indicare quale);
- di non aver subito condanne penali anche non definitive, e di aver/non aver procedimenti penali in corso. In particolare, di non avere condanne penali, anche non definitive e/o procedimenti penali in corso per reati contro la Pubblica Amministrazione o per reati commessi nello svolgimento delle attività oggetto della presente selezione;
- di godere dei diritti civili e politici (i cittadini non italiani, devono specificare il godimento dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza o di provenienza)
- di essere in possesso del diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica o laurea magistrale in _____ conseguita presso _____ in data _____;
- di essere in possesso di _____ (indicare ogni altro titolo di studio e/o attestato di perfezionamento e/o specializzazione comunque utile ai fini della comparazione);
- di non essere stato motivatamente rimosso dall'incarico di componente dell'O.I.V. prima della scadenza del mandato;
- di aver preso visione dell'art.8 del DM 6.8.2020 secondo il quale ogni soggetto iscritto nell'Elenco nazionale ed in possesso dei requisiti previsti può appartenere ad un massimo di 4 OIV, 2 per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni
- 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);
- di essere dipendente della seguente Pubblica Amministrazione _____; (oppure in alternativa) di non essere dipendente di alcuna Pubblica Amministrazione;
- di non svolgere attualmente alcun incarico di OIV; (oppure in alternativa) di svolgere i seguenti incarichi di OIV (specificare quali): _____;
- di conoscere ed accettare espressamente ed incondizionatamente tutte le norme contenute nell'avviso relativo alla procedura in argomento;
- che ogni comunicazione inerente il presente Avviso venga inviata al seguente indirizzo:

Via _____ Comune _____ Prov. _____

CAP _____ recapiti telefonici _____

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Ospedaliera al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e gli allegati, formati successivamente nell'ambito dello svolgimento della procedura ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/ 30.06.2003 e smi.

Il sottoscritto **allega** la seguente documentazione, redatta come dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà:

- IL CURRICULUM VITAE DATATO E FIRMATO**
- FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ**

Luogo_____ data____/____/____

Firma per esteso del dichiarante