**Allegato B**

Il/la sottoscritto/a........................................................................................

**MANIFESTA L’ INTERESSE**

A partecipare alla procedura comparativa interna per la formazione dell’elenco dei dirigenti idonei al conferimento dell’incarico di Direttore di Distretto di cui all’avviso indetto con Deliberazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti.

Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall’Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

**1**. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**2.** di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Per i candidati appartenenti alla tipologia 1 dell’Avviso:**

**3.** di essere Dirigente della ASL di Cagliari con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato che ha maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un’adeguata formazione nella loro organizzazione appartenente all’Area della Dirigenza Sanitaria o appartenente alla Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN dell’Area Funzioni Locali ;

**4**.di essere in possesso

* di un’anzianità di servizio in qualità di dirigente di \_\_\_\_\_\_\_ anni, nella specifica disciplina/ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Area Sanità o dell’Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA);

**5**. di essere stato positivamente valutato da parte del Collegio Tecnico;

**6.** di aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali i cui ambiti di competenza sono definiti dall’art. 3 *quinques* del D.Lgs 502/1992;

**7.** di essere in possesso di un’adeguata formazione nell’organizzazione dei servizi territoriali

**8.** di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell’informativa sulla tutela dei dati personali ( sia per la tipologia 1 che per la tipologia 2.)

**Per i candidati appartenenti alla tipologia 2 dell’Avviso:**

**3a.** di essere Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o Specialista Ambulatoriale convenzionato da almeno dieci anni;

**4a**. di essere convenzionato con ASL Cagliari alla data di scadenza del presente avviso;

**5a.** di essere iscritto all’albo dell’ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6a.** di aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali i cui ambiti di competenza sono definiti dall’art. 3 *quinques* del D.Lgs 502/1992;

**7a.** diessere in possesso di un’adeguata formazione nell’organizzazione dei servizi territoriali

**8a.** di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento (UE) n. 679/2016 e del Regolamento per la protezione dei dati personali ATS Sardegna, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 535 del 18.04.2018, e di avere preso visione dell’informativa sulla tutela dei dati personali (sia per la tipologia 1 che per la tipologia 2.)

Allega i seguenti documenti:

- ***curriculum* formativo e professionale, datato e firmato;**

- **dichiarazione relativa alle esperienze maturate nel settore per il quale si concorre;**

- **scansione di un documento di identità in corso di validità.**

Distinti saluti.

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

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPERIENZE E FORMAZIONE ACQUISITE NELLO SPECIFICO SETTORE**

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avuto riferimento alla natura e caratteristiche delle funzioni e attività da svolgere e della professionalità richiesta,

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all’art. 75 - comma 1 - del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ai fini di quanto previsto dal D.Lgs. n 39/2013, **consapevole anche della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013**, e di quanto previsto dagli artt. 6 e 13 del D.P.R. 62/2013,

**DICHIARO**

Per i candidati appartenenti alla **tipologia** 1 dell’Avviso:

1. di essere in possesso
* di un’anzianità di servizio in qualità di dirigente di \_\_\_\_\_\_\_ anni, nella specifica disciplina/ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Area Sanità o dell’Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA);
* Delle seguenti e sottoindicate esperienze professionali nel settore specifico per cui si concorre (art. 3 quinquies D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente** | **Struttura (SC. o diversa articolazione organizzativa)** | **Tipologia e Descrizione incarico** | **Elencazioni attività svolte nel settore di riferimento****(sintetica)** | **Da****gg/mm/aa** | **Al****g/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* Di una adeguata formazione nell’organizzazione dei servizi territoriali, come sotto specificato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ente di Formazione** | **Denominazione corso** | **Da****gg/mm/aa** | **Al****g/mm/aa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Per i candidati appartenenti alla **tipologia** **2** dell’Avviso:

* di essere Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o Specialista Ambulatoriale convenzionato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di possedere le seguenti e sottoindicate esperienze professionali nel settore specifico per cui si concorre (art. 3 quinquies D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.), come sotto specificato:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ente** | **Struttura (SC. o diversa articolazione organizzativa)** | **Tipologia e Descrizione (MMG/Pediatra/continuità assistenziale/spec.amb.)** | **Da****gg/mm/aa** | **Al****gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Di essere in possesso di una adeguata formazione nell’organizzazione dei servizi territoriali, come sotto specificato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ente di Formazione** | **Denominazione corso** | **Da****gg/mm/aa** | **Al****gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_