**Al Direttore Generale**

**Agenzia di Tutela della Salute della Brianza**

**Sede Legale V.le Elvezia, 2 – 20900 MONZA**

**OGGETTO:** **Domanda di ammissione all’avviso di conferimento incarico di Direttore della Struttura Complessa “Igiene e Sanità Pubblica**”.

Il/La sottoscritto/a (cognome)…………………………… (nome) …………………………………………

 (scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

CODICE FISCALE ……………………………………………

Recapiti telefonici …………………………………………….

Indirizzi Mail …………………………………

**c h i e d e**

di poter partecipare all’avviso pubblico, per il conferimento di incarico quinquennale di direzione di struttura complessa - Igiene e Sanità Pubblica -.

A tal fine,consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

**dichiara sotto la propria responsabilità:**

di essere nato/a a ………………………………………………………. prov.(……) il ………………………;

di essere residente a ………………………………………………….. prov.(……) C.A.P ……………………;

in via…………………………………………………………………………………………… n. ……………;

di essere domiciliato/a ………………………………………………..prov.(…….) C.A.P. …………………...;

in via ……………………………………………………………………………………………. n. ……………;

**(barrare le caselle corrispondenti alle DICHIARAZIONI EFFETTUATE)**

* di essere in possesso della cittadinanza italiana;
* di essere cittadino/a dello stato di ……………………………………………………………………………………………………………;
* (per i cittadini appartenenti a uno dei Paesi dell’Unione Europea), oppure specificare la condizione specifica che consente la partecipazione all’avviso ……………………………………………………………………………………………………………;
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ……………………………………………………………………………………………………………;
* di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo: …………………………………………………………………………………………………………….;
* di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
* di aver subito le seguenti condanne penali …………………………………………………………………………………………………………….;
* di avere i seguenti procedimenti penali in corso ………………………………………………………….....................................................................;
* di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall’impiego presso Pubblica Amministrazione;
* di essere nei riguardi degli obblighi militari nella seguente posizione ..…………………………………………………………………………………………………………..;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio ………………………………………………….;
* di essere in possesso della specializzazione in ……………………………………………………..;
* di essere iscritto all’ordine professionale dei Medici dal …………………………………………………………………………………………………………....;
* di essere in possesso dell’anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente …………………………………………………………………………………..

OVVERO dell’anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina (cancellare la parte che non interessa) ………………………………………………......................;

* di essere in possesso dell’attestato di formazione manageriale conseguito presso ……………………………………..in data ……………………………… oppure del master………………………………..;
* di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:

di aver prestato servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

nel profilo di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal (gg/mm/anno )dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

cessazione dal servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di non essere stato destituito ne’ dispensato dall’impiego presso Pubbliche Amministrazioni;

**Che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:**

€  **Residenza**

€  **Domicilio**

€  **Presso**

Via/Piazza………………………………………………………………………………………………

C.A.P. …………………………. CITTA’ ………………………………………………… prov. (……….)

Impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni

 **DICHIARA INOLTRE**:

**Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:**

* **di accettare, senza riserve, le condizioni contenute nel suddetto bando, le norme regolamentari in vigore presso questa Agenzia nonché le disposizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dei dipendenti dell’Agenzia stessa.**
* **di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali anche di quelli cosiddetti “particolari” in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, come previsto nel Regolamento 679/2016 del PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma del dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai sensi della Legge n. 183/2011, l’Amministrazione procederà all’accertamento della veridicità delle dichiarazioni rilasciate. In caso di dichiarazioni false, il dichiarante verrà denunciato all’Autorità Giudiziaria e decadrà dagli eventuali benefici ottenuti con la presente autocertificazione.**

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda:

* Copia fotostatica di un documento di identità