**ALLEGATO A)**

(fac simile domanda di partecipazione all’avviso)

 **AL DIRETTORE GENERALE**

 **DELLA ASL DI PESCARA**

protocollo.aslpe@pec.it

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  |

dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare all’avviso interno prot. n. 0105425/24 del 20.11.2024, per il conferimento dell’incarico di direzione della Struttura Complessa di cui all’art. 70, comma 1, lettera a) del CCNL 17.12.2020, Area delle Funzioni Locali - Sezione III, Dirigenza PTA, denominato “UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE E DEI SERVIZI DI PREVENZIONE” della ASL di Pescara.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**:**

* di aver preso visione dell’avviso di cui all’oggetto;
* di aver preso visione del regolamento aziendale vigente in materia di conferimento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali per l’area di interesse, pubblicato sul sito aziendale [www.asl.pe.it/documenti](http://www.asl.pe.it/documenti)aziendali;
* di accettare tutte le clausole previste dal bando;
* di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all’avviso interno, ovverosia:

- di essere in possesso di un’anzianità di servizio nel ruolo dirigenziale Tecnico o Amministrativo, a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere dipendente della ASL di Pescara nel profilo professionale di Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso il Dipartimento/Area Distrettuale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di voler ricevere ogni comunicazione relativa all’avviso interno al seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e solleva l’Amministrazione da ogni responsabilità in caso di mancato reperimento, riservandosi di comunicare tempestivamente ogni variazione di indirizzo.

Il/La sottoscritt\_\_dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato e indicato nell’allegato curriculum corrisponde a verità e di essere a conoscenza che per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000.

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito [www.asl.pe.it/datipersonali](http://www.asl.pe.it/datipersonali) e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

**Allega:** **curriculum formativo-professionale** aggiornato, elaborato in forma di autocertificazione, unitamente ad una **dichiarazione**, da rendere sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR 445/2000, in merito alla **insussistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità** all’incarico con riferimento alla disciplina di cui all’art. 1, co. 2 lett. j), del D.Lgs n. 39/2013, nonché alla **insussistenza di procedimenti penali pendenti per condotte di natura corruttiva** declinate dall’art. 7 della Legge n. 69 del 2015.

|  |  |
| --- | --- |
| Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (anche per presa visione dell’informativa estesa) |