

ALLEGATO B
Determinazione Direttoriale DPF/15 del 26/02/2026

MODELLO DI DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI IDONEI ALLA NOMINA A
DIRETTORE DELL'AGENZIA SANITARIA REGIONALE ASR ABRUZZO

Al Dipartimento Sanità
Ufficio Assetti e Rapporti Istituzionali
PEC: dpf@pec.regione.abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____,

chiede di essere inserito nell'elenco di idonei alla nomina a Direttore Sanitario dell'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, previste dal D.P.R. nr. 445 del 28.12.2000 e ss.mm. e ii.,

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____, il _____, C.F. _____;
- Di essere residente in _____ CAP _____ alla via _____ n. ;
- Di essere cittadino italiano;
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;
- Di non avere riportato condanne penali per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del Codice Penale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 D.Lgs. n.39/ 2013 e ss.mm. e ii.;
- Di essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 25 della L.R. 30 aprile 2009, n.6 (modificato dall'art. 42 della L.R. 9 gennaio 2010, n. 1), nonché dall'art.14 L.R. n. 1/2021, secondo quanto specificato nel Curriculum vitae et studiorum ed, in particolare, di essere inquadrato nella qualifica dirigenziale e di avere maturato, in tale qualifica, esperienza almeno quinquennale presso strutture pubbliche che si occupano di materia sanitaria;

- Di essere in possesso del diploma di Laurea (vecchio ordinamento) in _____ ovvero di Laurea specialistica _____ conseguito/a nell' anno _____ presso l'Università degli studi di (nuovo ordinamento) in accademico _____;
- Di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità dell'incarico previste dal D.lgs.39/ 2013 e ss. mm. e ii. e di essere a conoscenza del fatto che, all'atto dell'eventuale nomina, il candidato dovrà dichiarare di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità ex artt. 3, 4, 7 comma 1, 9 commi 1 e 2, 11 commi 1 e 2 , 12 commi 1, 2 e 3 del D.Lgs. n. 39/2013 e ss. mm. e ii.;
- Di voler ricevere eventuali comunicazioni inerenti l'oggetto della presente istanza al seguente recapito _____;
- Di rivestire attualmente l'incarico presso di _____;
- Di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni intervenute in ordine ai dati personali come sopra indicati;
- Di autorizzare la Regione Abruzzo al trattamento dei dati personali in conformità al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. così come integrato dal Regolamento Europeo per la Protezione dei dati

Personalì 2016/679 (GDPR).

Si allega la seguente documentazione:

- il curriculum vitae in formato europeo;
- una sintesi descrittiva - con valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n . 445/2000 - nella quale è indicato il servizio prestato nella funzione dirigenziale richiesta presso strutture pubbliche che si occupano di materia sanitaria;
- copia di un documento di identificazione in corso di validità.

DATA _____

FIRMA _____