Spett.le

ASP Frosinone

Alla Direzione Generale

Viale Mazzini, 133

03100 Frosinone

pec: aspfrosinone@pec.it

Oggetto: Proposta di candidatura a componente con funzioni di presidente dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) in forma monocratica dell’ASP Frosinone.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Propone

la propria candidatura per la nomina a componente con funzioni di presidente dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.l.V.) in forma monocratica dell’ASP Frosinone.

A tal fine, dichiara, di aver preso visione dell’avviso di selezione di cui alle Deliberazione n. 55 del 20/10/2021 e di accettare integralmente ogni norma nello stesso contenuta.

Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:

1. Iscrizione all’elenco nazionale degli OIV

Di essere iscritto, da almeno 6 mesi, nell’elenco nazionale degli OIV di cui all’art. 1 del D.M. 6 agosto 2020 dalla data di \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ nella fascia professionale \_\_\_\_\_;

1. Divieto di Nomina

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni elencate all’art. 4 dell’avviso;

1. Conflitto di interessi e cause ostative

Di non trovarsi in nessuna delle situazioni elencate all’art. 5 dell’avviso;

1. Limiti relativi all’appartenenza a più Organismi indipendenti di valutazione

Di rispettare le limitazioni previste dall’art. 6 dell’avviso.

Inoltre allega alla presente:

1. Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;
2. Curriculum vitae, debitamente datato e sottoscritto, in formato europeo a pena di non considerazione del curriculum medesimo, quale dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del medesimo D.P.R. n. 445/2000;
3. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
4. Dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi della vigente normativa sulla privacy;
5. Relazione di accompagnamento al curriculum vitae, debitamente datata e sottoscritta, così come descritta all’art. 7 dell’avviso.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai fini delle comunicazioni relative alla procedura selettiva in oggetto, elegge il proprio domicilio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, e indica i seguenti recapiti telefonici (fisso e/o cellulare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, impegnandosi a comunicare tempestivamente all’ASP, per iscritto, eventuali variazioni.

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(firma del dichiarante)*