



## ALLEGATO 1

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

Nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Incarico attuale di \_\_\_\_\_ della struttura/U.O. \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_  
(specificare l'Ente di Appartenenza)

### DICHIARA

di appartenere al seguente profilo (barrare la casella di appartenenza)

- PROFILO A** (specificare l'incarico e l'ente di appartenenza)
  - Direttore Sanitario presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_
  - Direttore Amministrativo presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_

**non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 con anzianità di incarico di (in mesi) \_\_\_\_\_
- PROFILO B** (specificare l'albo di appartenenza e l'anzianità di incarico)
  - Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia

- Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Amministrativo delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria o tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di (specificare in mesi) \_\_\_\_\_
  
- PROFILO C** (specificare la struttura di appartenenza e l'esperienza in ambito sanitario) ai Dirigenti della Regione Puglia e degli Enti direttamente controllate dalla stesa con un'anzianità di servizio di (specificare in mesi)\_\_\_\_\_.
  
- PROFILO D** (specificare l'Ente di appartenenza)
  - Direttore Generale in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento;
  - Direttore Sanitario in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento
  - Direttore Amministrativo in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019) presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia \_\_\_\_\_ con un numero di posti letto non inferiore a duecento cinquanta ovvero quelle che impiegano in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento
  
- PROFILO E** (specificare l'incarico con relativa anzianità, l'Ente e la Regione/Provincia autonoma di appartenenza)
  - Direttore Sanitario in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019) presso l'Azienda ed Ente \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma di \_\_\_\_\_ con anzianità di incarico di (in mesi) \_\_\_\_\_
  - Direttore Amministrativo in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 presso l'Azienda ed Ente \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma di \_\_\_\_\_

- PROFILO F** (specificare la Regione/Provincia autonoma e l'anzianità di incarico)
- Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma \_\_\_\_\_
- Direttore Amministrativo presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti della Regione \_\_\_\_\_ o della Provincia autonoma \_\_\_\_\_
- con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria o tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di (specificare in mesi) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445. Inoltre dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali) dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e sottoscritto
- codice fiscale

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)