

**REGIONE CALABRIA**  
*GIUNTA REGIONALE*  
*DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE*  
*E POLITICHE SANITARIE*

(All. B al DDG n°..... del .....

Al Dirigente Generale del  
Dipartimento Tutela della Salute  
dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

**Oggetto: Avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità ai fini della predisposizione di un elenco nominativo da cui attingere per la nomina del componente regionale dei collegi sindacali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale**

..... I ... sottoscritt. .... manifesta la propria disponibilità alla designazione a componente di Collegio sindacale di Azienda Sanitaria e/o Ospedaliera regionale, e, conseguentemente, all'inclusione del proprio nominativo nell'elenco che sarà formato in esito all'espletamento di pubblico avviso. A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso DPR, ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà:

- 1) di essere nat ... a ..... (Prov. ....) il. .... / .... / ....;
- 2) di essere residente in .....(Prov)..... via/corso/piazza/strada: ..... n. ....;
- 3) di avere il seguente codice fiscale .....
- 4) di essere cittadin ... italiano (ovvero di uno Stato dell'Unione europea o equiparato ai sensi delle leggi vigenti).....;
- 5) di essere iscritt.... nelle liste elettorali del Comune di ..... - ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.....;
- 6) di essere iscritto ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, del D. lgs. n. 502/1992 e s.m.i nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero Grazia e Giustizia , ovvero di essere funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica (oggi Ministero dell'Economia e delle Finanze) che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei Collegi sindacali;
- 7) di non essere stat... destituit... dall'impiego presso una pubblica amministrazione, né dichiarato decaduto per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- 8) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, (ovvero le eventuali condanne riportate o gli eventuali carichi pendenti);

**REGIONE CALABRIA**  
*GIUNTA REGIONALE*  
*DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE*  
*E POLITICHE SANITARIE*

9) di non essere stato ammesso a provvedimenti inerenti la concessione di amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione (ovvero di essere stato ammesso ai seguenti provvedimenti inerenti la concessione di amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale, non menzione);

10) di non essere sottoposto a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata;

11) di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità o comportanti decadenza dalla nomina, o altrimenti ostative all'assunzione della carica, previste dalla normativa regionale e nazionale vigente in materia;

12) di impegnarsi a comunicare tempestivamente, mediante la modalità di utilizzo della posta elettronica certificata, l'eventuale insorgenza delle cause ostative alla assunzione della carica o delle cause di incompatibilità o delle cause comportanti la decadenza della nomina, così come previsto al punto 11;

13) di voler ricevere le comunicazioni relative al presente procedimento amministrativo al seguente indirizzo:

Nome Cognome: ..... Via.....  
..... C.A.P. .... Comune .....  
..... Prov. . . . . Telefono . . . . .  
..... Cell.....  
Indirizzo e.mail .....

- Allega alla presente istanza:
- un dettagliato curriculum vitae formato europeo datato e firmato;
- copia fotostatica di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità.

Si impegna a produrre, se richiesto, ogni documento utile ad attestare il possesso dei requisiti personali e professionali dichiarati nonché a comunicare l'eventuale variazione del proprio recapito, sollevando il Dipartimento Tutela della Salute da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili ad omesse od errate comunicazioni.

Data ..... Firma \* .....