

Modello istanza per selezione per Valutatori regionali OTA

Al Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie
ed Osservatorio Epidemiologico
Area Int. 2 OTA – Organismo Tecnicamente Accreditante
Via M. Vaccaro, 5
90145 PALERMO
PEC: dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it

Oggetto: **Istanza per la partecipazione alla selezione per valutatori regionali OTA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

via/piazza _____

codice fiscale _____ tel/cell _____ / _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

indirizzo di posta elettronica ordinaria _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'ammissione al corso di formazione per valutatore regionale OTA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

(cancellare le dizioni che non interessano):

- di aver conseguito la laurea in _____
conseguito il _____ presso l'Università di _____

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione il _____
- di essere iscritto/a all'Ordine/Collegio _____
della provincia di _____ con numero _____ dal _____
- di aver conseguito la specializzazione in _____
il _____ presso l'Università di _____
- di essere nella seguente condizione lavorativa (*dipendente/collaboratore/altro: specificare*) _____
presso (indicare la/le struttura/e) _____
dal (*specificare*) _____
- di non maturare il diritto al collocamento in quiescenza negli otto anni successivi alla data di scadenza del presente Avviso;
- di non avere riportato condanne che comportano l'interdizione dai pubblici uffici;
- di non avere riportato condanne e di non avere procedimenti penali in corso per delitti di cui al Capo I e/o al Capo II del Titolo II del Codice Penale.

DICHIARA, inoltre

A. Competenze specifiche nel campo dei sistemi di gestione e valutazione della qualità in ambito sanitario (*cancellare le dizioni che non interessano*)

- Di essere in possesso di qualifica, in corso di validità, di valutatore di sistemi qualità in sanità concessa dall'organismo di rilevanza internazionale/nazionale/regionale denominato _____
conseguita in data _____;
- Di essere iscritto in elenchi nazionali e/o regionali di Valutatori addetti alle verifiche per la concessione dell'autorizzazione /accreditamento tenuti dal Ministero della Salute o dalle Regioni/Province autonome (*specificare ente, data e tipo del provvedimento/iscrizione*) _____;
- Di ricoprire/avere ricoperto il ruolo di Responsabile _____
(*specificare quale tra i seguenti ruoli è stato ricoperto: Responsabile Assicurazione Qualità, Responsabile U.O. Aziendale Qualità, Risk manager aziendale e/o Direttore sanitario presso strutture di ricovero ospedaliero*) presso la struttura _____
dal _____ al _____

- Di ricoprire/avere ricoperto il ruolo di componente _____
(specificare quale tra i seguenti ruoli: componente della U.O. Aziendale Qualità e/o Risk clinico e/o di Auditor aziendale e/o componente della U.O. Accreditazione istituzionale e/o componente della Igiene degli Ambienti di Vita delle Aziende sanitarie provinciali e/o componente della Direzione sanitaria in strutture di ricovero ospedaliero) presso la struttura _____

dal _____ al _____

B. Formazione specifica in tema di qualità

- Di avere conseguito il titolo di Master di ____ livello sui sistemi di gestione della Qualità di qualità:

titolo: _____

rilasciato da: _____ il _____

Allega alla presente:

- consenso al trattamento dei dati personali per presa visione dell'Informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016-679 allegata all'avviso di selezione per Valutatori regionali OTA;
- copia di un documento d'identità in corso di validità (solo nel caso in cui l'istanza non sia firmata digitalmente).

Luogo e data.....

Firma

.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER
LA SELEZIONE PER VALUTATORI REGIONALI OTA**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ nella qualità di partecipante alla selezione per

valutatori OTA di cui all'avviso adottato con DDG del _____ 2024, n. _____

AUTORIZZA

il trattamento dei dati personali forniti in relazione all'informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali fornita con l'Avviso sopra citato.

Data _____

Firma
