

All'Agenzia Italiana del Farmaco
Area per le politiche del personale e del
bilancio

PEC: risorse.umane@pec.aifa.gov.it

MAIL: segreteriaAPPB@aifa.gov.it

**DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DIRIGENZIALE DI LIVELLO NON GENERALE
CORRISPONDENTE A STRUTTURA COMPLESSA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Qualifica/Professionalità	
Incarico attuale	
Recapito telefonico	

esprime la propria disponibilità per il conferimento della **titolarità** dell'incarico, di cui alla nota dell'Agenzia Italiana del Farmaco del 11.02.2026, prot. n. 0022431, di seguito specificato:

	STRUTTURA	FASCIA RETRIBUTIVA	DECORRENZA
	Ufficio Affari Internazionali	B	Dalla data prevista nel provvedimento di conferimento dell'incarico

Allega il proprio *curriculum vitae* professionale aggiornato e sottoscritto, redatto in formato europeo e la relazione sintetica prevista nella sopracitata nota.

Allega, inoltre, ai sensi dell'art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013, e successive modificazioni, la/le dichiarazione/i sulla insussistenza di cause di inconferibilità e la/le dichiarazione/i sulla insussistenza di cause di incompatibilità, nonché la dichiarazione relativa alle valutazioni individuali della performance ricevute nell'ultimo triennio.

Dichiara, altresì:

☐ l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso (*in caso contrario indicare di seguito le condanne riportate, le date di sentenza dell'autorità giudiziaria - da indicare anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto, perdono giudiziale o non menzione, ecc. - nonché i procedimenti penali eventualmente pendenti*)

☐ l'assenza di condanne per responsabilità amministrativa e di procedimenti per responsabilità amministrativa in corso (*in caso contrario indicare di seguito le condanne riportate, le date di sentenza della Corte dei conti, nonché i procedimenti eventualmente pendenti*)

☐ l'assenza, nell'ultimo biennio, di provvedimenti disciplinari a carico e di procedimenti disciplinari in corso (*in caso contrario indicare di seguito le sanzioni riportate, le date dei relativi provvedimenti, nonché i procedimenti eventualmente pendenti*)

☐ di essere dipendente di ruolo della seguente amministrazione: _____ con la qualifica di _____

Dichiara infine il possesso dei seguenti requisiti, alternativi, di partecipazione:

☐ possesso di diploma di specializzazione e anzianità di servizio nella qualifica di dirigente sanitario pari almeno a sette anni;

☐ anzianità di servizio nella qualifica di dirigente sanitario pari almeno a 10 anni.

Luogo e data _____

Firma _____