

**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI POSTI DI FUNZIONE DIRIGENZIALE DI LIVELLO NON GENERALE.  
DISPONIBILITÀ.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome	
Nome	
Qualifica/Professionalità	
Incarico attuale	
Recapito telefonico	

esprime la propria disponibilità a uno dei seguenti incarichi, di cui alla nota dell'Agenzia italiana del farmaco ..... , prot. .... (barrare il campo a sinistra della struttura di interesse):

STRUTTURA	Disposizione del regolamento	FASCIA RETRIBUTIVA
Ufficio affari contenziosi	Art. 6, comma 2, lett. b	<b>B</b>
Ufficio controllo di gestione	Art. 9	<b>B</b>
Ufficio Contabilità e bilancio	Art. 13, comma 3, lett. b)	<b>C1</b>

Allega il proprio *curriculum vitae* professionale aggiornato e sottoscritto, redatto in formato europeo.

Dichiara, altresì:

- che nell'ultimo triennio ha ricevuto le seguenti valutazioni della performance (*indicare le valutazioni disponibili*):
  - o 2016 - \_\_\_\_\_
  - o 2017 - \_\_\_\_\_
  - o 2018 - \_\_\_\_\_
- l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso (*in caso contrario indicare 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 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 le sanzioni riportate, le date dei relativi provvedimenti, nonché i procedimenti eventualmente pendenti*)  
\_\_\_\_\_

Luogo e data .....

Firma .....

*I soggetti non in servizio presso l'Agenzia devono allegare alla presente una copia del proprio documento di identità, in corso di validità.*