Allegato A - fac-simile domanda di partecipazione

All'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma 5
Via Acquaregna 1/15
Tivoli (Rm)

OGGETTO: PARTECIPAZIONE AVVISO DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERI PROFESSIONALI A MEDICI DI PEDIATRIA

Il/la sottoscritto/a.....

CHIEDE

DI POTER PARTECIPARE ALL'AVVISO DI DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERI PROFESSIONALI A MEDICI DI PEDIATRIA indetto dall'Azienda USL Roma 5 e pubblicato sul sito dell'Azienda medesima. A tal fine, consapevole delle responsabilità, ai sensi di quanto prescritto dall'art.46 e dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 anche penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato:

DICHIARA

a) di essere nato/a a.....Prov..... il .....CF: .....
b) di essere residente nel Comune di .....Prov.....Cap .....
Via.....n..... Tel..... indirizzo di posta elettronica.....
c) di essere cittadino/a .....
d) di godere dei diritti civili e politici
e) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune .....Prov.....
f) di aver/non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare di seguito le eventuali condanne penali riportate) .....
g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
h) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando: - Diploma di Laurea in .....conseguito in data.....presso..... (denominazione e indirizzo Istituzione) voto.....
- Diploma di specializzazione conseguito nella disciplina di ..... in data.....presso .....(denominazione e indirizzo dell'Istituzione) voto.....(indicare se conseguita ai sensi del D.Lgs. 257/91 A.A. di iscrizione.....A.A.) data di conseguimento..... n.ro anni durata legale corso.....
i) di essere iscritto all'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di ..... dal (gg/mm/aa).....con n° .....
l) di essere titolare di partita iva n. ..... ovvero di impegnarsi ad aprirla in caso di affidamento dell'incarico (requisito obbligatorio);
m) di essere idoneo a svolgere le attività di cui al presente bando;
n) di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico;
o) di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella della ASL Roma 5;

p) di aver preso visione e di accettare, senza riserva alcuna, tutte le clausole e le condizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dell'incarico, indicate nel bando;
q) di essere titolare di idonea polizza assicurativa per l'espletamento delle attività oggetto dell'incarico (requisito obbligatorio);
r) di indicare il seguente recapito per le comunicazioni relative alla presente procedura: mail ……. Pec ……presso il quale dovrà essere inoltrata ogni comunicazione relativa alla presente domanda; Allega alla presente:
- curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato, consapevole che il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000;
- fotocopia di un valido documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritt…….esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di conferimento dell'incarico.

Luogo ..... data .....

Firma per esteso _____