**Allegato A) – Schema di domanda**

Spett.le ASP PIANURA EST

VIA GRAMSCI, 28

40066 PIEVE DI CENTO (BO)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE COMPARATIVA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO, ANCHE PER SOSTITUZIONI, PER LE STRUTTURE DI CASA RESIDENZA ANZIANI.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ p.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellulare\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali di Medico per le strutture di Casa Residenza Anziani, anche con posti letto dedicati alla gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

**O** di aver preso visione dell’avviso pubblico della presente selezione;

CITTADINANZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI **O** SI **O** NO

CONDANNE PENALI **O** SI (quali)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **O** NO

**O** di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

**O** di possedere i titoli e di aver maturato le esperienze dichiarate nell’allegato curriculum vitae (in particolare esperienze effettuare in Italia presso strutture socio assistenziali e/o sanitarie e/o socio-sanitarie;

**O** di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;

**O** di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici-Chirurghi;

**O** di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi; o in alternativa che all’atto della stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

**O** che non si troverà in conflitto di interessi con ASP Pianura est all’atto di stipulazione del contratto di incarico.

\_\_l\_ sottoscritt\_ autorizza l’ASP Pianura est al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Consapevole delle responsabilità penali previste dall’Ordinamento (art. 76 D. P. R. n. 445/2000) per il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione e/o l’utilizzo di atti falsi dichiara di confermare che quanto indicato nella domanda di partecipazione e nel curriculum vitae allegato alla stessa, sottoscritto e completo dei dati anagrafici, dei titoli di studio e di tutte le informazioni ritenute utili, corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

- fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità

- curriculum vitae, preferibilmente in formato euro pass, datato e firmato

- dichiarazione sostitutiva di certificazione (All. B)