FAC SIMILE DOMANDA

Spett.

ASP “REGGIO EMILIA- Città delle Persone” Via P. Marani 9/1

42122 Reggio Emilia

Il sottoscritto/a …………………………………………………..nato/a ……………………… ( ) il …………………………. e residente in ……………………………………… Prov ( ) cap ……...…

Via …………………………………………….……….. n. ………… tel. ……… ……..

Indirizzo mail ……………………………………

C.F. ……………………………………

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per la formazione di un elenco da utilizzarsi per il conferimento di incarichi libero professionali di medico per le case residenza anziani dell’ASP “ Reggio Emilia-Citta’ Delle Persone”

**A TAL FINE DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e nell'ipotesi di falsità in atti, e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguiti qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, quanto segue:

( barrare la casella)

di essere cittadino/a italiano/a;

(di essere cittadino appartenente al seguente Stato della U.E. ……………………………………………….....…;

di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;

di non aver riportato condanne penali che escludono dall’elettorato attivo o che impediscano l’esercizio della professione;

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

di non avere cause ostative a contrarre con una Pubblica Amministrazione;

di non essere inibito/a per legge all’esercizio della libera professione;

di non trovarsi in conflitto di interessi con l’ASP REGGIO EMILIA Città delle Persone;

di non essere stato/a collocato/a in quiescenza.

di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia

Di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici-Chirurghi

di non essere in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per lo svolgimento dell’attività di Medico di Medicina Generale

di essere in possesso dei requisiti di esperienza professionale e di formazione richiesti dall’avviso e desumibili dal curriculum allegato.

Ai fini del conferimento dell’incarico il/la sottoscritto/a dichiara di mettere a disposizione di ASP n. \_\_\_\_ore settimanali ( compilare).

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell’avviso di selezione e si impegna a produrre all’atto di stipulazione dell’incarico copia della polizza assicurativa sottoscritta per le ipotesi di responsabilità civile professionale verso terzi e n. partita IVA

Acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. del 30/06/2003 n. 196, per l'espletamento della procedura comparativa e la successiva gestione del contratto

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega :

* + Copia documento d’identità in corso di validità
  + Curriculum vitae in formato europeo datato e sottoscritto