Allegato A

FAC SIMILE DOMANDA

All’ASP “Reggio Emilia – Città delle Persone”

Alla Dirigente Area Servizi alla Persona

Via P. Marani 9/1

42122 Reggio Emilia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 del 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 le caselle)*

 di essere cittadino/a italiano/a;

di essere cittadino/a 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 ovvero del titolo conseguito all’estero e di copia della dichiarazione di equipollenza rilasciata dalla competente autorità italiana;

di essere iscritto/a 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 il numero della partita IVA.

Acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.lgs. 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