

Allegato A - FAC SIMILE DOMANDA

All'ASP "Reggio Emilia – Città delle Persone"

Alla cortese attenzione della Dirigente Area Servizi alla Persona

Via P. Marani 9/1

42122 Reggio Emilia RE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ prov _____

residente in _____ prov _____

via _____ n. _____ cap _____

tel. _____

indirizzo mail al quale ricevere le comunicazioni inerenti la presente procedura (*scrivere leggibile e in stampatello*) _____

Codice Fiscale _____

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 podologo 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 articoli 75 e 76 del DPR 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 appartenente al seguente Stato della UE _____
- di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;
- di non avere riportato condanne penali che escludono dall'elettorato attivo o che impediscano l'esercizio della professione o la costituzione del rapporto di impiego con la pubblica amministrazione;
- 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 podologia (abilitante alla professione sanitaria di podologo) o di titolo di studio equipollente che abiliti all'esercizio della professione di podologo, conseguito presso _____
in data _____ con la votazione _____.
- di essere iscritto all'Albo della professione sanitaria di podologo di cui al DM 13 marzo 2018;
- di essere in possesso dei requisiti di esperienza professionale nell'esercizio della professione di podologo dettagliata e descritta nel curriculum allegato;
- di essere a conoscenza che all'atto del conferimento dell'incarico dovrà essere in possesso della Certificazione verde Covid-19 e che dovrà esserne in possesso per tutta la durata dell'incarico o comunque sino a quando sarà prevista dalle indicazioni della autorità sanitarie nazionali e locali;
- di essere a conoscenza che all'atto del conferimento dell'incarico, dovrà produrre copia di polizza assicurativa sottoscritta per le ipotesi di responsabilità civile professionale verso terzi come indicato nell'avviso e dovrà produrre il numero partita IVA.

Ai fini del conferimento dell'incarico il/la sottoscritto/a dichiara di mettere a disposizione di ASP n. _____ ore settimanali indicative (*compilare*).

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell'avviso di selezione.

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