

Spett.le

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

CASA LANER

Via Papa Giovanni XXIII n. 1

38064 FOLGARIA (TN)

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A PERSONALE MEDICO PER IL TRIENNIO 2023-2025.

Il/La sottoscritto/a _____												
nato/a a _____ il _____												
residente in via _____												
C.A.P. _____ città _____ prov _____												
numero telefono _____ numero cellulare _____												
indirizzo e-mail _____												
CODICE FISCALE												
PARTITA I.V.A.												

CHIEDE

di partecipare alla **PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A PERSONALE MEDICO PER IL TRIENNIO 2023-2025.**

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____;

di essere in possesso della cittadinanza _____;

Riservato ai cittadini NON ITALIANI (vedi avviso):

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

SI NO (*barrare la casella*)

ovvero non goderne per i seguenti motivi: _____

essere in possesso, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;

- avere adeguata conoscenza della lingua italiana SI NO (*barrare la casella*)

Solamente per i cittadini non UE - essere titolare di:

diritto di soggiorno

diritto di soggiorno permanente

permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo

status di rifugiato

status di protezione sussidiaria

di godere dei diritti civili e politici;

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero non essere iscritto/a o essere stato cancellato/a dalle stesse per i seguenti motivi:

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva SI NO (*barrare la casella*)

di non aver riportato condanne penali né di avere procedimenti penali in corso

(ovvero le eventuali condanne riportate e/o i procedimenti penali in corso)

Di aver avuto, in precedenza, rapporti di pubblico impiego o di collaborazione professionale con i seguenti **enti pubblici**:

Denominazione datore di lavoro pubblico	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tipo rapporto	Orario settimanale	Figura professionale	Causa risoluzione rapporto di lavoro

di avere le seguenti esperienze lavorative **presso privati o di tipo libero-professionale**:

Denominazione datore di lavoro privato	Dal (gg/mm/aa)	Al (gg/mm/aa)	Tipo rapporto	Orario settimanale	Figura professionale	Causa risoluzione rapporto di lavoro

Di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

SI NO *(barrare la casella)*

Di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI NO *(barrare la casella)*

Requisito d'ammissione

essere in possesso della **Laurea** in _____

conseguito in data _____

presso l'Università di _____

sita in _____

in caso di titolo di studio conseguito all'estero, allegato nella sua traduzione in italiano ed autenticato dalla competente rappresentanza diplomatica o consolare italiana, preciso che lo stesso ha lo stesso valore del corrispondente titolo italiano, essendo stato riconosciuto in Italia con Decreto n. _____ di data _____ del _____;

di essere iscritto all'**albo dell'ordine degli medici** della Provincia/Regione di _____

dal _____ N° di iscrizione _____

essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina: _____

conseguita in data _____ presso l'Università di _____

2) Disciplina: _____

conseguita in data _____ presso l'Università di _____

di essere in possesso di idonea copertura assicurativa oppure di impegnarmi a sottoscriverla in caso di affidamento dell'incarico;

di godere di condizioni di salute idonee all'esercizio della professione medica SI NO
(barrare la casella interessata)

di essere in regola con i crediti ECM SI NO (barrare la casella interessata)

di risultare compatibile allo svolgimento dell'incarico, nel limite di nr. 14 ore settimanali, anche in relazione ad altri incarichi ricoperti;

di essere già lavoratore privato/pubblico collocato in quiescenza
 SI NO (barrare la casella interessata)

Allega alla presente domanda:

- Curriculum professionale formato UE
- Fotocopia in carta libera di un valido documento di identità
- Fotocopia del titolo di studio
- _____
- _____

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 2016/679, dichiara di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione e si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione e di accettare tutte le clausole presenti nell'Avviso di Selezione.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

Folgaria, _____

L'incaricato _____