

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 2020-2022.**

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 2020-2022.**

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 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. 15 ore settimanali, anche in relazione ad altri incarichi ricoperti;

di essere disponibile allo svolgimento dell'incarico, nel limite di nr. \_\_\_\_\_ 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/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ed ai sensi del Regolamento UE 16/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, 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.

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 \_\_\_\_\_