

Spett.le

**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
"Casa Laner"**

Via P. Giovanni XXIII, 1

**38064 FOLGARIA (TN)**

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A PERSONALE MEDICO ANNO 2018.**

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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:                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C H I E D E**

di partecipare alla **PUBBLICA SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI PERSONALE MEDICO ANNO 2018.**

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 interessata)

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 interessata)

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 interessata)

**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 essere in regola con i versamenti contributivi e fiscali

di risultare compatibile allo svolgimento dell'incarico, nel limite di nr. 15 ore settimanali, anche in relazione ad altri incarichi ricoperti;

**Allega** alla presente domanda:

- Curriculum professionale formato UE**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui al D. Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente 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 \_\_\_\_\_