

Spett.le
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona S.
Spirito Fondazione Montel
Via Marconi n. 4
38057 PERGINE VALSUGANA (TN)

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA PUBBLICA SELEZIONE PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO PER IL
PERIODO DAL 02/11/2020 AL 31/12/2022.**

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 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO PER IL PERIODO DAL 02/11/2020 AL 31/12/2022.**

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

di essere disponibile per incarico di:

- nr. 20 ore settimanali;
- nr. 10 ore settimanali;
- servizio di reperibilità medica, dal lunedì al venerdì, esclusi festivi e prefestivi, dalle ore 12.00 alle ore 15.00
- servizio di reperibilità medica, dal lunedì al venerdì, esclusi festivi e prefestivi, dalle ore 17.00 alle ore 20.00
- disponibilità a ricoprire le ferie/assenze e reperibilità dei Medici incaricati nel limite di nr. ___ ore settimanali
- di essere disponibile a svolgere un numero di ore superiori alle ___ ore mensili in caso di necessità.

Allega alla presente domanda:

- Curriculum professionale formato UE**
- _____
- _____
- _____

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.

Pergine Valsugana, _____

L'incaricato _____