

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO STRAORDINARIO PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICO DI LAVORO AUTONOMO LIBERO PROFESSIONALE A
MEDICO SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PER ESPLETAMENTO
ATTIVITA' PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI LAMPEDUSA**

Al Commissario Straordinario
dell'ASP di Palermo
c/o il Dipartimento Risorse Umane

Palermo

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Pec _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico straordinario per il conferimento di incarico di lavoro autonomo libero-professionale a Medico Specialista in Ortopedia e Traumatologia per espletamento attività presso il Poliambulatorio di Lampedusa

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci in atto pubblico ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000:

1. TITOLI DI STUDIO

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____

in data _____

(solo per i cittadini degli stati membri dell' Unione Europea):

che il titolo di studio posseduto è stato dichiarato equipollente
dall'Autorità _____, (indicare estremi D.M. di riconoscimento)
_____, (estremi della norma di equipollenza) _____

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici _____ numero _____ della
Provincia di _____ dal _____ ad oggi;

- di essere in possesso della specializzazione nella disciplina: _____

_____, conseguita presso _____
_____ di _____ in data _____;

- di essere in possesso di comprovata e qualificata esperienza almeno decennale nella seguente disciplina oggetto della presente selezione:

2. CITTADINANZA (barrare la casella che interessa):

di essere cittadino/a italiano/a;

di essere cittadino di altro stato U.E. _____;

di godere dei diritti civili e politici, anche negli Stati di appartenenza o provenienza

3. ISCRIZIONE NELLE LISTE ELETTORALI (barrare la casella che interessa):

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;

di non essere iscritto/a o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per il seguente motivo:

_____;

Per i cittadini dell'U.E., le dichiarazioni vanno rese con riferimento ai rispettivi ordinamenti, fermo restando che gli stessi devono comunque essere in regola con le Leggi dello Stato.

4. CONDANNE PENALI DEFINITIVE (barrare la casella che interessa):

di non avere mai riportato condanne penali;

di avere riportato le seguenti condanne penali:

_____;

5. PROCEDIMENTI PENALI (barrare la casella che interessa):

di non avere procedimenti penali in corso;

di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

_____;

6. di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione:

_____;

7. di avere la seguente partita IVA:

_____;

8. di possedere l'idoneità fisica allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico in argomento;

9. di _____ aver avuto cause di risoluzione di precedenti rapporti di pubblico impiego presso una P.A. e di _____ stato dispensato o destituito dall'impiego presso una P.A.; in caso positivo specificare i motivi di risoluzione e/o dispensa e/o destituzione:

_____;

10. di non essere in conflitto di interessi con l'assunzione dell'incarico in questione;

11. di non essere dipendente dell'ASP di Palermo con rapporto di lavoro subordinato;

12. di essere consapevole che l'incarico in questione non configurerà alcun rapporto di lavoro subordinato con l'Azienda e comporterà il divieto di altri rapporti professionali o di lavoro che possano risultare formalmente o sostanzialmente incompatibili con l'incarico affidato;

13. di impegnarsi, in caso di attribuzione dell'incarico, a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con PP.AA. o con soggetti privati, né di svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico conferito;

14. di essere disposto a prestare la propria attività presso il Poliambulatorio di Lampedusa;

15. di accettare senza riserve tutte le condizioni previste dal presente bando di selezione, di legge e di regolamento in vigore;

16. che l'indirizzo di posta elettronica certificata al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione relativa al presente bando è il seguente:
_____;

17. Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità/incompatibilità di cui ai capi II, III, IV, V e VI del D.Lgs. n. 39/2013;

Ai fini dell'ammissione e della valutazione di merito il sottoscritto allega:

- CURRICULUM formativo e professionale reso ai sensi del D.P.R. 445/2000, datato e firmato;
- N. ___ documenti in autocertificazione relativi al possesso dei titoli;
- Fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

___ sottoscritt_ autorizza l'ASP di Palermo al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura.

Data ___/___/___

Firma _____