**FAC SIMILE DOMANDA** (da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense

“G. Salvini” di Garbagnate M.

Viale Forlanini,95

20024 GARBAGNATE MILANESE

**Oggetto: avviso pubblico per il conferimento di n.1 (uno) incarico professionale Diabetologo per l’implementazione dei servizi ambulatoriali diabetologici in rete .**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare all’avviso pubblico per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale diabetologo per l’implementazione dei servizi ambulatoriali diabetologici in rete

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonchè di quanto stabilito dall’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere, di:

* essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di risiedere a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* essere in possesso del Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di medico conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere attualmente iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso del diploma di specializzazione in Malattie Metaboliche e Diabetologia *o equipollente ed affini*  conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che la scuola di specializzazione ha avuto la durata di anni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + ai sensi del D.Lgs. 257/91
  + ai sensi del D.Lgs n. 368/99;

(barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell’art. 27 – comma 7 del D.P.R. 483/1997);

* *aver maturato esperienza professionale pluriennale in ambito nell’attivita’ in oggetto presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il periodo… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* essere cittadino italiano ovvero cittadinanza equivalente secondo le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell’Unione europea di seguito riportato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso del godimento dei diritti civili e politici in Italia e nello Stato di appartenenza o di provenienza nonché di conoscere la lingua italiana adeguatamente alla posizione funzionale da conferire (che verrà accertata dalla commissione esaminatrice contestualmente alla valutazione della prova d’esame – colloquio - per i soli cittadini di uno dei paesi dell’unione europea).
* non aver riportato condanne penali e/o procedimenti penali in corso, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* prestare oppure avere o non avere prestato servizio:
  + presso pubbliche Amministrazioni

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + presso Strutture private convenzionate e non

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + Quale libero professionista o con rapporto flessibile di lavoro (CO.CO.CO)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(con indicazione della durata, tipo di rapporto –ad es.: dipendente/libero professionista - ed eventuale causa di cessazione del rapporto di lavoro).

* di essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l’ammissione al presente bando;
* di essere in possesso dell’idoneità fisica all’impiego

Dichiara, altresì:

* di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione;
* di non essere stato gia’ lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza
* di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
* di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.
* di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda; ivi incluso il Codice Etico comportamentale, il Codice di Comportamento del personale, il Piano di prevenzione della corruzione dell’ASST Rhodense
* chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

* In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l’ unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare - tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;
* Modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell’art.13 D.lgs. 196/03 (Modulo 2 allegato al presente bando).
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa allainsussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, (Modulo 3 allegato al presente bando)
* Curriculum formativo e professionale, datato e firmato
* Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati.
* Copia di un documento di identità.

**MOD. 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a ..................................... nato/a a .......................................... il ............... residente a ................................................ in via .......................................................consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art.76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

* di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso .................................. in data ........................
* essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di medico chirurgo conseguito in data ……………………….. presso l’Università …………………………………………..;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in Malattie Metaboliche e Diabetologia *o equipollente ed affini* conseguita presso .................................. in data ........................ che la scuola di specializzazione ha avuto la durata di anni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + *ai sensi del D.Lgs. 257/91*
  + *ai sensi del D.Lgs n. 368/99;*

*(barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell’art. 27 – comma 7 del D.P.R. 483/1997);*

* di essere iscritto all’Ordine dei Medici-chirurghi di……………………………………………..
* di aver maturato esperienza professionale a pluriennale nell’attivita’ in oggetto presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il periodo… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che le copie dei seguenti documenti uniti alla presente dichiarazione sono conformi agli originali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere prestato i seguenti servizi:

|  |
| --- |
| Amministrazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tipo di Rapporto\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Periodo di Servizio: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Impegnativa Oraria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Causa risoluzione del contratto |
|  |

*\* indicare se a tempo determinato, indeterminato, libero/professionale, consulente o altro.*

* altro:  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate).

luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma per esteso del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOD. 2**

**Informativa per il trattamento dei dati personali (art.13 D.Lgs. 196/03)**

L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi dell’art 13 del D.lgs n.196 del 30/06/03, La informa che i dati personali (\*) e sensibili (\*\*) acquisiti saranno utilizzati per le finalità inerenti l’espletamento delle procedure concorsuali/selettive.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici, comunque idonei a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, ad opera di incaricati dell’ L’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense appositamente autorizzati, nel rispetto dell’ambito del trattamento stabilito in relazione alle proprie mansioni.

I dati personali relativi alla graduatoria (ad esempio: nominativo, posizione, punteggio) per la costituzione dell’eventuale rapporto di lavoro a tempo indeterminato, così come previsto da normative vigenti, saranno oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul BURL, nonché oggetto di comunicazione in Regione per consentire l’eventuale utilizzo della graduatoria.

Il Titolare del Trattamento è l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, con sede legale in Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese (MI). Lei,in qualità di interessato al trattamento, potrà rivolgersi al Responsabile del Trattamento, nella figura del Responsabile dell’U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale dell’’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense in Viale Forlanini 95, 20024 Garbagnate Milanese, per far valere i Suoi diritti, previsti dall’art. 7 del Codice, tra i quali, in particolare, citiamo a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l’integrazione dei dati.

(\*) Per dato personale si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

(\*\*) Per dati sensibili si intendono “i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” (lett. d, comma 1, art.4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Garbagnate Milanese, …………………………… Firma per consenso ……………………………………………

luogo, data ........................................

firma per esteso del dichiarante...........................................................................

**N.B. (Allegare una fotocopia del documento di Identità in corso di validità)**

Informativa ai sensi dell’art.13 del D.L. n. 196/2003: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse al procedimento inerente la selezione

N.B. Fermo restando quanto previsto dall’art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 qualora dal controllo di cui all’art.71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**MODULO 3**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa alla

**insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi,**

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

libero-professionista/consulente presso l’ASST RHODENSE per l’espletamento dell’incarico (specificare)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conferito con provvedimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**dichiara**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell’art. 15, comma 1, lett. C) del D.Lgs. n. 33/2013 (barrare solo la casella di interesse):

* i seguenti dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

|  |  |
| --- | --- |
| **Incarichi o titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione** | **Data di conferimento e durata dell’incarico** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ente presso il quale si svolge la prestazione professionale** | **Periodo di svolgimento della prestazione** | **Oggetto della prestazione** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* l’insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 190/2012, in relazione alle attività suddette.
* che sussistono le seguenti situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla Legge n. 190/2012, in relazione alle attività suddette:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all’USC che ha conferito l’incarico, utilizzando lo stesso modulo, ogni variazione della situazione sopra dichiarata.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Quanto sopra anche ai fini della pubblicazione della presente autodichiarazione sul sito internet dell’Azienda, come prescritto dal D.Lgs. n. 33/2013.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(allegare documento di identità in corso di validità)