**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 incarico libero professionale per Dirigente Medico disciplina di Reumatologia, per lo svolgimento di attivita’ ambulatoriale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede di poter partecipare avviso pubblico per il conferimento di n.1 incarico libero professionale per Dirigente Medico disciplina di Reumatologia, per lo svolgimento di attivita’ ambulatoriale presso il Presidio Ospedaliero Territoriale di Bollate e/o altro Presidio afferente all’ASST Rhodense

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 ………………. 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 nella disciplina oggetto della selezione ovvero in disciplina equipollente………………………………. conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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).
* di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento all’incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall’ ASST Rhodense;
* 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 conflitto di interesse con riferimento all’incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia concorrente o incompatibile con quella svolta dall’ ASST Rhodense;
* 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, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Citta’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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).
* 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………………. conseguita presso .................................. in data ........................
* essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di…………………… conseguito in data ……………………….. presso l’Università …………………………………………..;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione nella disciplina oggetto della selezione ovvero in disciplina equipollente ……………………….conseguita presso .................................. in data ........................
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici di……………………………………………..
* 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.O.C. Affari Generali 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.