**All’Amministrazione**

**dell’A.S.S.T. RHODENSE**

**Viale Forlanini,95**

**20024 GARBAGNATE MILANESE**

affgen@asst-rhodense.it

[protocollo@pec.asst-rhodense.it](mailto:protocollo@pec.asst-rhodense.it)

***Oggetto: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MEDICI SPECIALISTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA’ CLINICO ASSISTENZIALE NEI PRESIDI AFFERENTI ALL’ASST RHODENSE NELL’AMBITO DELLA GESTIONE DELL’EMERGENZA SANITARIA COVID-19***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

**l’interesse a prestare attività assistenziale presso l’ASST Rhodense nell’ambito della gestione dell’emergenza sanitaria COVID-19**

ed a questo effetto **DICHIARA:**

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76, nonché 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in Anestesia e Terapia Intensiva e del Dolore conseguito il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non trovarsi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;
* di non essere stato già 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;
* di 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 essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nel curriculum vitae allegato saranno trattati, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente manifestazione d’interesse venga inviata al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

Si allegano:

* **fotocopia, non autenticata, di documento d’identità in corso di validità e del C.F.;**
* **curriculum vitae;**
* **copia delle polizze RCT e Infortuni;**
* **copia del certificato di attribuzione della Partita Iva per gli incarichi libero professionali di prestazione d’opera**