**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

All’Amministrazione

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense “G. Salvini” di Garbagnate M.

Viale Forlanini,95

20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto chiede di poter partecipare all’avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi Libero Professionali a Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione disponibili a prestare attività per la riduzione delle liste d’attesa nei presidi afferenti all’ASST RHODENSE

**A tal fine, 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 nato a

il

e di risiedere

a in Via , telefono n.

mail: ;

* di possedere la cittadinanza:
  + italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
  + di uno dei Paesi dell’Unione Europea;
  + familiare di cittadino degli Stati membri dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell’Unione Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;

o cittadino di Paesi terzi all’Unione Europea titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria»;

* 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

;

* non aver riportato condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso

;

* essere in possesso del Diploma di Laurea in conseguita il

presso ;

* essere attualmente iscritto all’Albo Professionale di

al n. ;

* prestare oppure avere o non avere prestato servizio:

o presso pubbliche Amministrazioni

a decorrere dal

o presso Strutture private convenzionate e non

o 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 trovarsi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;

❏ di non essere stato gia’ lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;

❏ di essere stato gia’ lavoratore privato presso ……………….. o pubblico presso e collocato

in quiescenza dal ……………………………………..

❏ 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 sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni

dell’Azienda; ivi incluso il Codice di Comportamento del personale, il Piano di prevenzione della corruzione dell’ASST Rhodense pubblicati sul sito internet aziendale.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via

.

Data

CAP

CITTÀ’

FIRMA

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

Telefono

**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;**
  + **Curriculum formativo e professionale, datato e firmato e autocertificato ai sensi dell’art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di comunicazioni mendaci in formato pdf e word;**
  + **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;**
  + **Copia di un documento di identità**

**MOD. 1 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’ (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 del/i seguente/i titolo/i di Studio:

Laurea in ............................................. conseguita il......................................presso l’Università

......................................................................................... in data ........................

❏ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore conseguita il......................................presso l’Università

......................................................................................... in data ........................

**Altri titoli di studio:**

(Laurea/Master/…)

conseguito

presso in data ;

conseguito presso in data ;

❏ Iscrizione Albo professionale di................................................................................................

* **di avere prestato i seguenti servizi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA’ DI DIPENDENTE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA ’ DI DIPENDENTE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria**  **settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
| **PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA** | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROFESSIONE** | | | | |
| **DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE** | **Indicare Profilo Professionale/Qualifica** | **Impegnativa oraria settimanale** | **dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |
|  |  |  | */\_\_/* | */\_\_/* |

* + **di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE UDITORE** | | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI**  **SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** | **Esame finale (si/no)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE** | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.** | **DATA DI SVOLGIMENTO** | **LUOGO DI SVOLGIMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + - **che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)** | | | |
| **N.** | **TITOLO DEL LAVORO** | **RIVISTA PUBBLICANTE** | **DATA PUBBLICAZIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* + - **altro:**

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

* **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi all’/agli originale/i.**

luogo, data

firma per esteso del dichiarante