**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

protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

***Oggetto:* MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICO LIBERO PROFESSIOANLE A ODONTOIATRI O MEDICI SPECIALISTI IN ODONTOIATRIA DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA’ di ASSISTENZa specialistica di odontoiatria presso il POLIAMBULATORIO DI ARESE**

Il sottoscritto .......................................................................................... chiede di poter partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di **N. 1 (uno) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A ODONTOIATRI O MEDICI SPECIALISTI IN ODONTOIATRIA DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA’ di ASSISTENZa specialistica di odontoiatria presso il POLIAMBULATORIO DI ARESE.**

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall’art. 76 del DPR 445/2000**

**DICHIARA DI:**

* essere nato a...................................... provincia (......), il.................... e di risiedere a ………………………….... provincia.(….) in via....................................................., n. ........... c.a.p. ……….; C.F. ………………..………………………….. PEC……………………………………………………………………………………….; e-mail: ….…………………………………………..………….…………; tel:………………...............................………….; P.IVA:…………………………….…………………..;
* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
* essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ........................................................................................................;
* non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi ................................................;
* essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
	+ - diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso ………………………………………………… il …………..………….;
		- diploma di specializzazione in Odontoiatria, conseguito presso …………………………………….. il ……………………;
		- iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi di …………….…………………………….. dal …………........... al n. ………….;
* non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
* 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;
* aver riportato le seguenti condanne penali ...................................................................................................................;
* essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* non trovarsi in situazione di conflitto di interessi o di incompatibilità come previsto dalla legge 190/2012, art. 1, comma 42, lettera h;
* possedere idoneità fisica all’impiego;
* non trovarsi nelle condizioni di cui all’art. 5, co. 9, del DL 95/2012, convertito in L. 135/2012, e s.m.i (lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza);
* sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente avviso nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il vigente Codice di Comportamento del Personale e s.m.i. e il vigente Piano Integrato di Attività e Organizzazione Aziendale e s.m.i.;
* prendere atto che, a carico dei liberi professionisti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto dell’Azienda, è preclusa la possibilità, per i tre anni successivi alla cessazione, del rapporto di lavoro, di prestare attività lavorativa (a titolo subordinato o di lavoro autonomo) presso i soggetti privati destinatari dell’attività della P.A. svolta attraverso i medesimi poteri;

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

via ........................................................................................ Cap…………… Città ………………………........................prov. (……)

PEC …………..…………………………………………………………………………….………… - e mail………………………………………………….……

tel.: ...................................

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;

• Curriculum formativo e professionale, datato e firmato, in versione Word e PdfA;

* Copia delle polizze RCT e Infortuni;

• certificato di attribuzione della Partita IVA;

• Copia di un documento di identità e del codice fiscale in corso di validità.

**MODULO 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA’**

**(artt.46 e 47 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 diploma di Laurea in ……………………………………………………………………………………, conseguito presso ..........………………….….................................................... in data ….............................................;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in Odontoiatria, conseguito presso …………………… …………………………………………………………………………………………………….………. in data ……………….…………………….;
* di essere iscritto all’Albo Professionale dell’Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di ………………………………..………. dal……………………………………………………………..……….… al n……………….………….;
* di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* di essere appartenente ad uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **di aver prestato i seguenti servizi presso (indicare con precisione escludendo eventuali periodi di aspettativa/sospensioni):**

|  |
| --- |
| **STRUTTURE PUBBLICHE** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE**  |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** |  |  |  |
| **Amministrazioni****(DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L’INCARICO)** | **Indicare qualifica**  | **Rapporto****Lavoro TP/PT** **%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **(specificare date esatte: giorno mese anno)****PERIODO** **DAL \_\_ AL\_\_­­** |
|  |  |  |  |  | Dal ……/……/…….Al ……./……/…….. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**  | **TITOLO** |  **giorno/mese/anno**  | **luogo svolgimento** |  **crediti ECM** |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

* **di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti corsi, convegni, congressi, seminari, come di seguito indicato:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.**  | **TITOLO** |  **giorno/mese/anno**  | **luogo svolgimento** |  **crediti ECM** |
| 1 |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |

* **che le copie dei seguenti lavori scientifici editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione), allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale;**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………* **che le copie dei seguenti documenti (oltre alle pubblicazioni di cui sopra) allegate alla presente dichiarazione sono conformi all’originale**;

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………* **Altro (indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all’esatta individuazione delle situazioni certificate oltre a quelle già sopra dichiarate: es. altri titoli di studio)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………. |

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

 Firma

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

**Allegare obbligatoriamente:**

1. **fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**