**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice) Al Direttore Generale

dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale

(ASST) Rhodense

 Viale Forlanini n. 95

20024 - GARBAGNATE MILANESE (MI)

Il sottoscritto ........................................................................... chiede di poter partecipare all’ “**AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE – PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO – PER IL CONFERIMENTO DI N. 4 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A LOGOPEDISTI PER LA COSTITUZIONE DEI NUCLEI FUNZIONALI PER I DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO (NF DSA)”**

**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. …………………………….; e-mail: …………………………; telefono:………………………….; 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:
* essere in possesso della Laurea Triennale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Iscrizione in Italia all’Ordine dei TRSM (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) e PSTRP (Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione)
* aver maturato esperienza professionale e competenza nell’ambito del trattamento di disturbi neurologici in età evolutiva e di disturbi neuropsicologici e psicopatologici in età evolutiva presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* 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 bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il Codice Etico comportamentale, il Codice di Comportamento del Personale, il Piano Aziendale di prevenzione della Corruzione.

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

via ......................................... Cap……. Città .......................prov. (……) tel.: ........................... indirizzo e-mail : ……………

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 Regolamento Europeo n.2016/679 (Modulo 2 allegato al presente bando).

Curriculum formativo e professionale, datato e firmato

Elenco in duplice copia di tutti i titoli e documenti presentati.

Copia di un documento di identità 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**

* essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:
* essere in possesso della Laurea Triennale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Iscrizione in Italia all’Ordine dei TRSM (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) e PSTRP (Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione)
* aver maturato esperienza professionale e competenza nell’ambito del trattamento di disturbi neurologici in età evolutiva e di disturbi neuropsicologici e psicopatologici in età evolutiva presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* 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** | **Periodo** |
| **Amministrazioni** | **Indicare qualifica**  | **Rapp. lav. TP/PT - %** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE/CONVENZIONATE CON IL S.S.N.** |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** | **Periodo** |
| **Amministrazioni** | **Indicare qualifica**  | **Rapp. lav. TP/PT -%** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **STRUTTURE PRIVATE**  |
|  | **QUALE DIPENDENTE** | **QUALE LIBERO PROFESSIONISTA** | **Periodo** |
| **Amministrazioni** | **Indicare qualifica**  | **Rapp. lav. TP/PT – %** | **Indicare** **Professionalità** | **n. ore sett.** | **Dal gg/mm/aa** | **al gg/mm/aa** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
| * **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 |   |   |   |   |

* **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 ivi compresi eventuali attività indicate quali requisiti preferenziali)**

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

.

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

**Allegare obbligatoriamente:**

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