**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 soli titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di **N. 1 (uno) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO GINECOLOGO (ECOGRAFISTA) PRESSO I CONSULTORI FAMILIARI DELL’AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE - (codice 02).**

**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 Ginecologia e Ostetricia, conseguito presso …………………………………………..……………………..

il ;

* + iscrizione all’Albo dell’Ordine dei Medici Chirurghi di ……………………………………. dal …………........... al n. ;
* certificazione di competenza ecografica della "Fetal Medicine Foundation".
* 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.;
* di 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 ...............................................................

* 1. **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 Medicina e Chirurgia, conseguito presso………………………………………

..........………………….….................................................in data ;

* di essere in possesso del diploma di specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia, 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 certificazione della "Fetal Medicine Foundation";
* 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 |  |  |  |  |

* **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.**