**FACSIMILE DOMANDA**

(da redigere in carta semplice)

|  |
| --- |
| All’Amministrazione Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense “G. Salvini” di Garbagnate Milanese Viale Forlanini n. 95 20024 - GARBAGNATE MILANESE (MI) protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it |

Il/la sottoscritto/a ........................................................................... chiede di poter partecipare all’ **Avviso pubblico di procedura comparativa per la formazione di un elenco di candidati idonei per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale aperto a Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva per la prosecuzione del Progetto “Disabilità complesse: bisogni, risorse e prospettive della presa in carico nei servizi NPIA del territorio dell’ATS Città Metropolitana di Milano – G032” in attuazione della D.G.R. XI/6387 del 16 maggio 2022 a oggetto: “determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2022 - 1° provvedimento attuativo anni 2023 e 2024”**

**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 a...................................... provincia (......), il.................... e di risiedere a ………………………….... provincia (….) in via...................................................., n. ........... c.a.p………….; C.F. ………………..……….……………….; email: ………………………………………………………………..………………; PEC ………………………….……………………………………..., telefono …………………….……………….; P.IVA …………………………………..;

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;
* essere appartenente a uno Stato extracomunitario (in regola con tutti i requisiti per il soggiorno in Italia);
* essere familiare di un cittadino degli Stati membri dell’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro, titolare di diritto di soggiorno o del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo permanente;
* essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di ………………………………………………………………………………………………… ;
* non essere iscritto/a o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi .............................................;
* essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione
* Laurea triennale………………………………………………………………………………………………. conseguita presso ……………………………………………………………………………………………………il ………….…..……..;
* Iscrizione all’Ordine dei TRSM (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) e PSTRP (Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione) di…………………………………………….n…………………del……………………………
* 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/a 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 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);
* di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell’Azienda, ivi incluso il Codice di Comportamento del personale vigente e s.m.i. e il Piano Integrato di Attività e Organizzazione vigente 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 PEC ………………………………………………………………………………………………………………..

Comunica i seguenti ulteriori recapiti, consapevole che tutte le comunicazioni attinenti all’ avviso verranno inoltrate dall’ASST Rhodense esclusivamente a a mezzo PEC.

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

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 Formato Europeo in versione Word e PdfA;

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

• Copia del certificato di attribuzione della Partita Iva;

**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 dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

 Laurea Triennale………………………………………………………………………………………………. conseguita presso ……………………………………………………………………………………………………il ………….…..……..;

 Iscrizione all’Ordine dei TRSM (Tecnici Sanitari di Radiologia Medica) e PSTRP (Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione) di…………………………………………….n…………………del……………………………

 di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea;

 di essere appartenente a 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 COMPRENDENDO IL SERVIZIO RICHIESTO QUALE REQUISITO DI AMMISSIONE):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

* **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.**