**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](mailto:protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it)

Il/la sottoscritto/a chiede di poter partecipare alla **MANIFESTAZIONE DI**

**INTERESSE, PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A INFERMIERI PER LE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI PRESSO I PRONTO SOCCORSO E I REPARTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI DELL’ASST RHODENSE.**

**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. ;

e-mail: ………………………………………………………………..………………; 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 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:
    - diploma di Laurea infermieristica (diploma ai sensi del d.m. 27 luglio 2000) conseguito presso

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… il ;

* + - iscrizione all’Albo dell’Ordine Professionale degli Infermieri di ……………………………………………………………………………….

dal …………........... al n ;

* di aver prestato servizio quale Infermiere presso Ente Pubblico (dipendente e/o consulente), come da unita autocertificazione;
  + 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 alla manifestazione di interesse verranno inoltrate dall’ASST Rhodense esclusivamente a a mezzo PEC.

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

tel.: ........................... indirizzo e-mail : …………………………………………………………PEC ……………………………………………………

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 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;
* Copia delle polizze RCT e Infortuni.

**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 infermieristica (diploma ai sensi del d.m. 27 luglio 2000), conseguito presso

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

* + di essere iscritto all’Albo Professionale dell’Ordine degli Infermieri 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 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 |  |  |  |  |
| 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.**