

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 per manifestazione di interesse, per titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento di un incarico libero professionale, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i., a medico specialista in chirurgia plastica per lo svolgimento di attività di chirurgia senologica presso la Breast Unit dei Presidi Ospedalieri dell'ASST Rhodense, per un anno, dalla data da concordare in sede di stipula del contratto.

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 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:
 - diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso il
 - essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico conseguito in data _____ presso l'Università _____;
 - iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di dal al n.;
 - essere in possesso del diploma di specializzazione in Chirurgia Plastica o equipollente conseguito presso _____ in data _____ che la scuola di specializzazione ha avuto la durata di anni _____;
 - ai sensi del D.Lgs. 257/91;
 - ai sensi del D.Lgs n. 368/99;
- (barrare la casella corrispondente ai fini della valutazione del titolo ai sensi dell'art. 27 – comma 7 del D.P.R. 483/1997);
- 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 mezzo PEC.

via Cap..... Cittàprov. (.....)
 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;
- 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 in Medicina e Chirurgia conseguito presso in data.....;
- di essere in possesso in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico conseguito in data presso l'Università
- di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di dal..... al n.....;
- essere in possesso del diploma di specializzazione in Chirurgia Plastica o equipollente conseguito presso in data che la scuola di specializzazione ha avuto la durata di anni.....;
 - o ai sensi del D.Lgs. 257/91;
 - o ai sensi del D.Lgs n. 368/99;
- 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.

Amministrazioni (DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L'INCARICO)	QUALE DIPENDENTE		QUALE LIBERO PROFESSIONISTA		(specificare date esatte: giorno mese anno) PERIODO DAL ___ AL___ Dal/...../..... Al/...../.....
	Indicare qualifica	Rapporto Lavoro TP/PT %	Indicare Professionalità	n. ore sett.	

STRUTTURE PRIVATE

Amministrazioni (DENOMINAZIONE ESATTA DEL SOGGETTO CHE HA CONFERITO L'INCARICO)	QUALE DIPENDENTE		QUALE LIBERO PROFESSIONISTA		(specificare date esatte: giorno mese anno) PERIODO DAL ___ AL___ Dal/...../..... Al/...../.....
	Indicare qualifica	Rapporto Lavoro TP/PT %	Indicare Professionalità	n. ore sett.	

--

- 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) allegare 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.