

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
(cognome e nome)

CHIEDE

di poter partecipare all'avviso prot. n. 68538 del 18 novembre 2022 avente ad oggetto: "AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO PROFESSIONALE, DI CONSULENTE MEDICO-LEGALE, DA SVOLGERSI PRESSO L'U.O.C. AFFARI GENERALI e LEGALI DELL'ASST LARIANA ALL'INTERNO DEL CVS".

A tal fine, sotto propria personale responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445/00, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze di decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

1) di essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____

codice fiscale _____

di essere residente a _____ (prov. _____) CAP. _____

in Via _____ n. _____

cellulare _____ e-mail _____

pec _____

2) di essere in possesso della seguente Partita Iva: _____;

3) di essere in possesso della

cittadinanza italiana

cittadinanza del seguente paese dell'Unione Europea _____;

4) per i cittadini italiani:

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

5) di aver riportato condanne penali:

no

si (specificare) _____

6) di avere procedimenti penali in corso:

no

si (specificare) _____

7) di essere in possesso dei requisiti specifici di ammissione all'avviso:

Laurea in Medicina e Chirurgia

Diploma di specializzazione in _____

Avere l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo;

Essere iscritto all'ordine dei medici da almeno 5 anni;

8) di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi con l'Azienda né con l'attività istituzionale dalla stessa esercitata e, pertanto, di astenersi dall'assumere, per tutta la durata dell'incarico assegnato, incarichi potenzialmente confliggenti;

- 9) di non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- 10) di essere libero professionista, di non avere in corso alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato incompatibile con l'incarico in argomento;
- 11) che le dichiarazioni contenute nel curriculum formativo e professionale allegato sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/00 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni;
- 12) di autorizzare il trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui al presente avviso, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.;
- 13) che il preciso recapito a cui devono essere inviate tutte le comunicazioni inerenti all'avviso è il seguente:
Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
(compilare solo se diverso dalla residenza);
PEC: _____,
impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l'ASST Lariana da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità, accettando che l'indirizzo PEC dichiarato sia il solo indirizzo valido ad ogni effetto giuridico ai fini del rapporto con l'ASST Lariana.
- 14) che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente avviso.

Il/la sottoscritto/a inoltre allega alla presente domanda il proprio curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato.

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DEGLI ARTT. 38 E 39 D.P.R. N. 445/2000

N:B: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

Allego alla presente, fotocopia del documento di identità n. _____ rilasciato

il _____ da _____

con scadenza il _____.