

FAC-SIMILE DI DOMANDA

(da compilare in carta semplice, con firma non autenticata ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 29 dicembre 2000, n. 445)

Al  
Direttore Generale  
ASST Lariana  
Via Napoleona 60  
22100 COMO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

RECAPITO CUI INDIRIZZARE LE COMUNICAZIONI RELATIVE ALL'AVVISO N. 0040187 DEL 07.06.2024:

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso all'avviso pubblico prot. 0040187 per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per la formazione di elenchi di medici libero professionisti, per lo svolgimento di attività in regime di Hospice e di cure palliative territoriali.

A tal fine il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità dichiara:

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;  
ovvero di avere la seguente cittadinanza \_\_\_\_\_;  
(N.B.: i cittadini extracomunitari si rinvia ai requisiti di cui all'avviso, da allegare alla domanda)

- DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_;  
ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;  
per i cittadini stranieri:  
 di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza;  
 di possedere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;

- DI NON AVER, A TUTT'OGGI, RIPORTATO CONDANNE PENALI;  
ovvero (specificare condanne penali riportate) \_\_\_\_\_;

- DI NON AVER PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO;  
ovvero (specificare i procedimenti penali in corso) \_\_\_\_\_;

- DI NON ESSERE STATO DESTITUITO O DISPENSATO OVVERO LICENZIATO DA UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;  
ovvero (specificare le cause di risoluzione in caso di destituzione o dispensa) \_\_\_\_\_;

- DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO: \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
con il punteggio di \_\_\_\_\_;

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA SEGUENTE SPECIALIZZAZIONE: \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- DI ESSERE TITOLARE DELLA SEGUENTE PARTITA IVA \_\_\_\_\_;

- DI ESSERE ISCRITTO ALL'ALBO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- DI ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI NEI CONFRONTI DEL SEGUENTE ENTE PREVIDENZIALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_;
- DI AVER MATURATO ESPERIENZA:
  - AMBITO: \_\_\_\_\_;
  - TOTALE PERIODO: \_\_\_\_\_
- DI AVER PRESO VISIONE DEL CONTENUTO DEL RELATIVO AVVISO PUBBLICO E DI SOTTOSTARE A TUTTE LE CONDIZIONI IN ESSO STABILITE ED ALLE NORME TUTTE DI LEGGE E DEI REGOLAMENTI INTERNI ED EVENTUALI SUCCESSIVE MODIFICHE DEGLI STESSI;
- DI ESSERE DISPONIBILE (IN TERMINI DI DURATA DEL RAPPORTO, DI TURNI SETTIMANALI) COME SEGUE:
  - N. \_\_\_\_\_ MESI DURATA DEL RAPPORTO LIBERO-PROFESSIONALE;
  - N. \_\_\_\_\_ TURNI SETTIMANALI

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "particolari", in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e dal Reg. UE 2016/679.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare o autocertificare nei modi previsti dalla legge:**

- titolo di studio richiesto;
- titolo di studio specifico richiesto;
- iscrizione albo.

**Documentazione da allegare:**

- Curriculum Vitae in formato europeo, datato e firmato, reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e con indicazione del consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016);
- Fotocopia carta d'identità in corso di validità.