

ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO UNIFICATO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA EX ART. 1 D.L. 14/2020, PER MEDICI ISCRITTI ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE.

Al Direttore Generale dell'ASUR Marche

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere disponibile al conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ex art. 1 D.L. 14/2020, per medici iscritti alle scuole di specializzazione presso le seguenti Aree Vaste dell'ASUR:

- Area Vasta n. 1
- Area Vasta n. 2
- Area Vasta n. 3
- Area Vasta n. 4
- Area Vasta n. 5

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ (Prov. __)

il _____;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica

_____, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____ in
Via _____ n. _____

recapiti telefonici: _____;

4. di possedere (barrare con una x la casella corrispondente all'ipotesi che ricorre ed inserire i dati richiesti):

- la cittadinanza italiana;
- la cittadinanza _____ (per i candidati appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea);
- la cittadinanza _____ (per i soli cittadini dei Paesi terzi) e titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- la cittadinanza _____ (per i soli cittadini di Paesi terzi) e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente in quanto familiare di cittadino comunitario;
- lo status di rifugiato _____ (specificare provvedimento) / lo status di protezione sussidiaria _____ (specificare provvedimento).

5. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ ;

ovvero

di non essere iscritto/a nelle liste elettorali (indicare i motivi)

_____ ;

ovvero

di essere cancellato/a dalle liste elettorali (indicare i motivi)

_____ ;

6. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a carico;

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali _____ ;

ovvero

di essere a conoscenza dei seguenti procedimenti penali pendenti a carico

_____ ;

7. di essere in possesso dei seguenti titoli (barrare con una x le caselle corrispondenti alle ipotesi che ricorrono ed inserire i dati richiesti):

- Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ presso _____ con la seguente votazione _____ ;

Abilitazione all'esercizio della professione di _____
conseguita presso _____ anno/sessione _____;

di essere iscritto/a all'Albo/Ordine _____
della Provincia/Regione _____ al n. _____ dal
_____;

di essere iscritto all'ultimo anno del corso di specializzazione in _____
presso _____ (durata legale anni _____),

di essere iscritto al penultimo anno del corso di specializzazione in _____
presso _____ (durata legale anni _____)

8. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l'Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

9. di indicare attraverso la compilazione della tabella sottostante, l'ordine delle preferenze riguardo alle aree vaste presso le quali si presta la disponibilità allo svolgimento dell'incarico

1.
2.
3.
4.
5.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale autocertificato;
- autocertificazione dei voti conseguiti nei precedenti anni di specializzazione
- foglio notizie contenente tutti i riferimenti necessari per fornire alla scuola di specializzazione di iscrizione tutte le informazioni previste a carico del soggetto conferente l'incarico
- fotocopia documento di identità in corso di validità;

Data _____

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata
