

SCHEMA DI DOMANDA

Al Commissario Straordinario
ASL 6 Sanluri
Via Ungaretti, 9
09025 Sanluri

Indirizzo P.E.C. : asl6sanluri@pec.it

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per conferimento dell'incarico libero-professionale di:

.....
.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

dichiara sotto la propria responsabilità:

(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)

1. di essere nato/a a il
2. di essere residente a (C.A.P.)
in via n.
telefono n. cellulare
3. di essere cittadino/a (specificare se italiano o di altro Paese U.E.)
4. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di
oppure
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi:
5. di essere titolare di Partita I.V.A. n.
6. di non aver subito condanne penali;
oppure
 di aver riportato le seguenti condanne penali
7. di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva (per i soli candidati di sesso maschile nati entro il 31 dicembre 1985):
8. di aver conseguito i seguenti titoli di studio:
 - Titolo di studio
conseguito presso il
 - Titolo di studio
conseguito presso il
9. di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione universitaria:
 - specializzazione
conseguita presso il
 - specializzazione
conseguita presso il
10. di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal :

11. di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei
della provincia di a decorrere dal al n.
12. l'inesistenza delle seguenti cause di esclusione o di incompatibilità:
- a. di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale;
 - b. di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica o di non avere procedimenti pendenti per gli stessi reati;
 - c. di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
 - d. di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella svolta dall'ASL di Sanluri;
 ovvero di rimuovere tali situazioni al momento dell'eventuale conferimento dell'incarico
 - e. di non essere nella condizione di soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
13. di aver svolto attività professionale come sotto indicato:

Struttura pubblica / privata	periodo		Qualifica	Tipo di rapporto (*) e impegno orario
	Data inizio (gg/mm/aa)	Data fine (gg/mm/aa)		

(*) specificare se con rapporto di dipendenza, libero-professionale, co.co.co. o altro, precisando l'impegno orario

14. che le copie dei documenti allegati alla presente domanda sono conformi agli originali ;
15. di voler ricevere eventuali comunicazioni al seguente indirizzo:
- Vian.
c.a.p. Città Prov.
telefono n. cellulare
PEC
16. di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.
- Al riguardo dichiara di essere a conoscenza che:
- il titolare del trattamento dei dati personali è l'ASL di Sanluri;
 - i dati personali raccolti sono utilizzati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per la selezione del personale al fine dell'attribuzione degli incarichi e che il loro conferimento è obbligatorio per il corretto svolgimento dell'istruttoria e per gli adempimenti successivi;

- nel caso di conferimento di incarico saranno altresì utilizzati per le finalità connesse allo svolgimento dell'incarico stesso e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi;
- ai sensi di legge, i nominativi ed il curriculum dei consulenti che collaborano con la ASL, l'oggetto, la durata e il compenso dell'incarico sono soggetti alle forme di pubblicità previste dalla legge.

17. eventuali altre dichiarazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Allega alla domanda:

- curriculum formativo-professionale datato e firmato (reso nella forma dell'autocertificazione);
- fotocopia fronte-retro del proprio documento di identità
-
-
-
-

Data

Firma

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA A NORMA DELL'ART. 39 DEL DPR 28.12.2000, N. 445