

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE DA INVIARE A MEZZO PEC

Allegato "A" al bando

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Circonvallazione Gianicolense 87
00152 Roma
Pec: reclutamento.valutazione.ao.scf@pec.it

OGGETTO: PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER TITOLI E COLLOQUIO, AI FINI DEL CONFERIMENTO DI N.2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DA ATTRIBUIRE A PROFESSIONISTI SANITARI TECNICI AUDIOMETRISTI DA ASSEGNARE ALLA UOC OTORINOLARINGOIATRIA, NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI.

Il/la sottoscritto/a.....

CHIEDE

DI POTER PARTECIPARE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER TITOLI E COLLOQUIO, CON DISPONIBILITÀ IMMEDIATA, PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI IDONEI, AI FINI DEL CONFERIMENTO DI N.2 INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DA ATTRIBUIRE A PROFESSIONISTI SANITARI TECNICI AUDIOMETRISTI DA ASSEGNARE ALL'UOC OTORINOLARINGOIATRIA, NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO TESTA COLLO E DELLE NEUROSCIENZE, indetto dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini e pubblicato sul sito dell'Azienda medesima. A tal fine, consapevole delle responsabilità, ai sensi di quanto prescritto dall'art.46 e dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/00, anche penali, cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato:

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti dall'ipotesi di dichiarazione mendace:

- 1) di aver preso visione della Manifestazione e di accettarne, con la presente domanda, le clausole ivi contenute;
- 2) di essere nato/a a..... Prov..... ilCF:
- 3) di essere residente nel Comune di Prov.....Cap
- Via.....n.....
- Tel.....indirizzo di posta elettronica.....
- 4) di essere cittadino/a
- 5) di godere dei diritti civili e politici;
- 6) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune Prov.....;
- 7) di aver/non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare di seguito le eventuali condanne penali riportate)
- 8) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

- 9) di godere dell' idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- 10) di essere in possesso della Laurea triennale in, abilitante all'esercizio della professione sanitaria;
- 11) di essere iscritto all'albo professione
- 12) di aver prestato servizio presso le seguenti pubbliche amministrazioni.....
- 13) di essere titolare di partita iva n. ovvero di impegnarsi ad aprirla in caso di affidamento dell'incarico;
- 14) di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico;
- 15) 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 dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini;
- 16) di aver preso visione e di accettare, senza riserve, tutte le clausole e le condizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dell'incarico, indicate nel bando;
- 17) di indicare il seguente recapito per le comunicazioni relative alla presente selezione:
 mail..... Pec
 presso il quale dovrà essere inoltrata ogni comunicazione relativa alla presente domanda.

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato, consapevole che il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000;
- elenco dei documenti e dei titoli presentati datato e firmato;
- fotocopia di un valido documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritt_ esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Luogo **data**

Firma per esteso
