

## 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](mailto: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 MEDICI SPECIALISTI IN MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO.

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 MEDICI SPECIALISTI IN MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO indetta 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..... il .....CF: .....
- 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 essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:
  - Laurea in.....conseguito in data ..... presso .....
  - .....(denominazione e indirizzo Istituzione) voto .....

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di .....  
dal (gg/mm/aa) .....al n° .....
- 10) di essere in possesso del diploma di Specializzazione in .....  
conseguito in data ..... presso .....(denominazione e  
indirizzo Istituzione) voto .....
- 11) di essere titolare di partita iva n. .... ovvero di impegnarsi ad aprirla in caso di  
affidamento dell'incarico;
- 12) di essere idoneo a svolgere le attività di cui al presente bando;
- 13) di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento  
dell'incarico;
- 14) 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;
- 15) 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;
- 16) 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**

---