<indicare la denominazione dell'Ufficio destinatario>

…l…sottoscritt…Dott./Prof….*(nome)*_____*(cognome)*_____

nato a _____prov. (_____) il *(gg/mm/aaaa)* _____/ _____/ _____,

residente in *(comune)*_____(prov. _____) via/piazza _____

_____n. _____C.A.P. _____,

codice fiscale _____

recapito/i telefonico/i _____, *e*-mail _____

PEC _____

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare all'avviso per l'affidamento di incarichi di collaborazione per l'anno 2026 a medici-chirurghi, psicologi e altri professionisti sanitari esterni per prestazioni specialistiche, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. 165/2001

S P E C I F I C A

di richiedere il conferimento dell'incarico di collaborazione:

- per la disciplina / branca specialistica (tra quelle indicate nell'avviso pubblicato):

  _____

- presso il Centro sanitario polifunzionale / Questura - Ufficio sanitario provinciale
  (contrassegnare la/e voce/i di interesse con una X nel relativo riquadro):

Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Lombardia-Emilia Romagna Centro sanitario polifunzionale di Milano	
Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Campania-Molise-Puglia-Basilicata Centro sanitario polifunzionale di Napoli	
Ufficio di coordinamento sanitario per le Regioni Sicilia-Calabria Centro sanitario polifunzionale di Palermo	
Questura - Ufficio sanitario provinciale di _____	

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art. 76 del citato D.P.R., sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

a) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (*nel secondo caso specificare* _____);

b) di godere dei diritti civili e politici;

c) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

d) di non essere sottoposto a procedimenti penali;

e) l'insussistenza di eventuali cause o condizioni di inconferibilità e di incompatibilità e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse;

f) di essere in possesso della Laurea in _____conseguita presso l'Università _____di _____, in data _____con voto_____;

g) di essersi abilitato all'esercizio della professione di □ Medico – Chirurgo □ Psicologo □ altra professione sanitaria *(specificare)* _____, presso l'Università _____ di _____, nella ____sessione dell'anno _____;

h) di essere iscritto all'Albo dei/degli _____ di _____dal *(gg/mm/aaaa)* ___/___/_____, con n° _____;

i) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso l'Università _____ di _____ , in data _____con voto_____;

j) di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e attestati di perfezionamento attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta *(specificare titolo o abilitazione derivante dall'attestato, Ente rilasciante, luogo e data di conseguimento)*:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

k) di essere in possesso di altri titoli accademici non attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

l) di □ non ricoprire □ ricoprire uno dei seguenti incarichi accademici:
- □ professore ordinario
- □ professore associato

m) di □ non ricoprire □ ricoprire uno dei seguenti incarichi dirigenziali presso Aziende o Enti del S.S.N.:
- □ incarico di direzione di struttura complessa o equivalente
- □ incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale/distrettuale o equivalente
- □ incarico di direzione di struttura semplice o equivalente
- □ incarico professionale di alta specializzazione o equivalente
- □ incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo o equivalente
- □ incarico professionale di base o equivalente

n) di aver prestato servizio presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina / branca specialistica richiesta per complessivi anni _____; in particolare, dichiara di aver prestato servizio alle dipendenze di:

- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____
- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____
- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____
- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____
- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____
- Denominazione dell'Ente _____
  (specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
  Periodo dal _____ al _____

o) di essere dipendente di Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale con rapporto di esclusività No □ Sì □;

p) di aver già prestato servizio a qualsiasi titolo presso l'Amministrazione della Pubblica Sicurezza:
No □ Sì □ per complessivi anni_____Periodo dal _____al _____;

q) di aver richiesto l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza, ai sensi dell'art. 53, comma 8, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, consapevole che la medesima costituisce condizione indispensabile per il perfezionamento del contratto / convenzione;

r) di essere in possesso di Partita IVA _____
(da valorizzare solo da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale)

s) di avere copertura assicurativa RC professionale con la compagnia _____ , numero polizza _____, con decorrenza _____e scadenza _____;
(da valorizzare da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale e da coloro che sono dipendenti da Enti / Aziende del S.S.N. qualora non coperti da polizza aziendale)

t) di eleggere quale domicilio per ogni comunicazione relativa all'avviso il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: _____;

u) di accettare espressamente tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico, e di essere consapevole che lo stesso non è impegnativo per l'Amministrazione la quale si riserva, in ogni caso e in qualsiasi momento, il diritto di sospendere, interrompere, modificare o cessare la procedura, consentendo a richiesta degli interessati la restituzione della documentazione inoltrata, senza che ciò possa costituire diritto o pretesa di qualsivoglia natura, indennizzo o rimborso dei costi eventualmente sostenuti per la partecipazione;

v) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm. e ii., esclusivamente per la finalità degli adempimenti amministrativi previsti dall'avviso e per la gestione dell'incarico convenzionale.

Alla presente si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data: _____

Firma

_____