**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE all’avviso pubblico per manifestazione di interesse al conferimento di incarichi di collaborazione coordinata e continuativa ex art. 1 D.L. 14/2020 per medici abilitati.**

**Al Direttore Generale dell’ASUR Marche**

**Via Oberdan 2**

**60122 Ancona**

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 abilitati 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 certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

8. di possedere l'idoneità alla mansione specifica del profilo professionale oggetto dell’avviso;

9. di essere in possesso dei seguenti titoli *(barrare con una X la casella corrispondente 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10. 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.

11. 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;

- fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_