

All'Azienda U.S.L. Toscana Nord Ovest
Via Cocchi n. 7/9
56121 PISA

Oggetto: domanda di ammissione alla procedura comparativa per l'attribuzione di n. 1 incarico libero professionale di medico specializzato o specializzando nella disciplina di Oncologia – codice avviso LPONCOLOGIA2024.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione di un incarico individuale per il profilo professionale di Medico specializzato o specializzando al penultimo o ultimo anno della scuola di specializzazione in Oncologia o discipline equipollenti di cui alla Deliberazione del Direttore Generale in corso di adozione.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nato a _____ il _____
e di risiedere attualmente a _____
in Via _____ n. _____;
2. di essere in possesso della cittadinanza _____⁽¹⁾;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____⁽²⁾;
4. di avere il seguente codice fiscale _____;
5. di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:
 - aprire partita iva
 - stipulare assicurazione infortunio
 - stipulare assicurazione responsabilità civile
6. di non avere riportato condanne penali _____⁽³⁾;
7. di non avere procedimenti penali in corso _____⁽⁴⁾;
8. di essere/non essere in quiescenza;
9. di essere disponibile per orario settimanale indicabile _____ (max 38 ore);
10. di essere disponibile a svolgere l'incarico presso tutti gli ambiti territoriali Aziendali ed indicare eventualmente un ambito territoriale di preferenza _____
11. di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:
 - a) titolo di studio: _____
conseguito presso _____,
nell'anno _____ oppure specializzando al penultimo/ultimo anno delle scuole di specializzazione in _____;
 - b) iscrizione all'Ordine Professionale/Albo Professionale: Provincia di _____
al n. _____ dal _____;
 - c) documentata esperienza professionale (specificare) _____

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ex D.Lgs. 30.6.2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Allega curriculum redatto su conforme modello europeo datato e firmato e fotocopia di un valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga fatta al seguente indirizzo:

Cognome e Nome _____

Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

telefono _____

e-mail _____

Data _____

firma

Note:

⁽¹⁾ è richiesta la cittadinanza italiana, ovvero quella di uno dei Paesi dell'Unione Europea, in caso di appartenenza a paesi extracomunitari è richiesta copia del permesso di soggiorno.

⁽²⁾ in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.

⁽³⁾ in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.

⁽⁴⁾ in caso affermativo cancellare "non" e specificare quali.