

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 veritieri:

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e di risiedere attualmente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
2. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup>;
3. di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup>;
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 infortuno  
- stipulare assicurazione responsabilità civile
6. di non avere riportato condanne penali \_\_\_\_\_<sup>(3)</sup>;
7. di non avere procedimenti penali in corso \_\_\_\_\_<sup>(4)</sup>;
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:

- (<sup>1</sup>) 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.  
(<sup>2</sup>) in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.  
(<sup>3</sup>) in caso affermativo cancellare “non” e specificare quali.  
(<sup>4</sup>) in caso affermativo cancellare “non” e specificare quali.