

Fac-simile di domanda

Oggetto: domanda di ammissione alla procedura comparativa per l'attribuzione di n. 3 incarichi libero professionale riservati a medici specializzati, specializzando o in trattamento di quiescenza nella disciplina di Neuropsichiatria infantile per la realizzazione delle attività da *"la cura delle persone con disturbo dello spettro autistico: definizione di una rete territoriale per la continuità delle cure, dei percorsi e dei progetti di vita"* - fondo autismo 2023-2024.
codice di riferimento: LPNPIAUTISMO2025

Il/La sottoscritto/a _____
chiede di partecipare alla procedura per l'attribuzione dell'incarico libero professionale individuale per il profilo di medico disciplina in NEUROPSICHIATRIA INFANTILE.

di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. _____ del _____.

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:**

• di essere nato a _____ il _____
e di risiedere attualmente a _____
in Via _____ n. _____

• di essere in possesso della cittadinanza _____ (1)

• di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ (2)

• di avere il seguente codice fiscale _____

• di provvedere in caso di attribuzione dell'incarico di lavoro autonomo a:

• aprire partita iva

• stipulare assicurazione infortunio

• stipulare assicurazione responsabilità civile

• di non avere riportato condanne penali _____ (3);

• di non avere procedimenti penali in corso _____ (4);

• di essere/non essere in quiescenza;

• di essere in possesso dei requisiti prescritti dall'avviso, e precisamente:

a) titolo di studio: _____

conseguito nell'anno _____ presso _____

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:

Dr./Dr.ssa _____
Via _____ 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.