

**AVVISO PUBBLICO, TRAMITE PROCEDURA COMPARATIVA, PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO, ANCHE PER
SOSTITUZIONI, PER LE STRUTTURE DI CASA RESIDENZA ANZIANI, ANCHE CON
POSTI LETTO DEDICATI ALLA CURA E GESTIONE DEI BPSD E ALLA GRAVE
DISABILITÀ ADULTA, E PER I CENTRI DIURNI CON POSTI SPECIALIZZATI PER
ANZIANI AFFETTI DA FORME DI DISTURBO COGNITIVO E/O DEL
COMPORAMENTO DI ASP CITTÀ DI BOLOGNA**

ASP CITTÀ DI BOLOGNA
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Viale Roma n. 21
40139 - BOLOGNA (BO)

Il/La sottoscritto/a:

nato/a a: Prov.:, il :/...../.....

residente a: Prov.: C.A.P.

Via: n.: int.:

Tel.: Cell.:

E-mail: ; P.E.C.:

Codice Fiscale:P.IVA.....

CHIEDE

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali di:

- Medico per le strutture di Casa Residenza Anziani, anche con posti letto dedicati alla gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04
- Medico di Centro diurno con posti specializzati per anziani affetti da forme di disturbo cognitivo e/o del comportamento

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

CITTADINANZA.....

GODIMENTO DIRITTI CIVILI E POLITICI SI NO

CONDANNE PENALI SI (quali)

NO

PROCEDIMENTI PENALI IN CORSO SI (quali)

NO

Iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di _____ n. _____

TITOLO DI STUDIO

rilasciato dall'Università degli Studi di

di aver preso visione dell'avviso pubblico della presente selezione;

di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;

di aver maturato un'esperienza lavorativa risultante dal curriculum, effettuate in Italia, presso strutture socio assistenziali, sanitarie, socio-sanitarie

di non trovarsi in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna;

di non essere in convenzione con il SSN per lo svolgimento dell'attività di MMG;

di essere in possesso di regolare partita IVA ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi

o in alternativa

che all'atto di stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita IVA e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

la disponibilità (indicativa) di un monte ore settimanale pari a _____

ALLEGA

➔ Copia di proprio documento d'identità in corso di validità;

➤ *Curriculum vitae*;

➤ Dichiarazione sostitutiva di certificazione (All. B).

* * *

(Luogo), (Data)/...../.....

(Firma per esteso)