

Spett.le ASP Città di Bologna  
Viale Roma n. 21  
40139 Bologna (BO)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE  
COMPARATIVA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO, PER  
SOSTITUZIONI, PER LE STRUTTURE DI CASA RESIDENZA ANZIANI, ANCHE CON POSTI LETTO  
DEDICATI ALLA GRAVE DISABILITA'ADULTA E PER I CENTRI DIURNI CON POSTI SPECIALIZZATI  
PER ANZIANI AFFETTI DA FORME DI DISTURBO COGNITIVO E/O DEL COMPORTAMENTO**

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ p.Iva \_\_\_\_\_  
Tel.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

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

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI  SI  
 NO

CONDANNE PENALI  SI (quali) \_\_\_\_\_  
 NO

- di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi;
- di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;  
**o in alternativa**
- che all'atto della stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;
- di non essere in convenzione con il SSN per lo svolgimento dell'attività di MMG;

- che non si troverà in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna all'atto di stipulazione del contratto di incarico;
- la disponibilità (indicativa) di un monte ore settimanale pari a \_\_\_\_\_.

   sottoscritt\_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., ai fini della gestione della presente procedura.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

Allega: - fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità  
- curriculum vitae, preferibilmente in formato euro pass, datato e firmato  
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (All. B)