

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, ANCHE
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 possedere i titoli e di aver maturato le esperienze dichiarate nell'allegato curriculum vitae (in particolare esperienze effettuate in Italia presso strutture socio assistenziali e/o sanitarie e/o socio-sanitarie);
- 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 _____.

__l_ 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)