

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE
COMPARATIVA, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI MEDICO DEL
CENTRO SERVIZI CARD. GIACOMO LERCARO E DI MEDICO PER SOSTITUZIONI PER LE STRUTTURE
DI CASA RESIDENZA ANZIANI, ANCHE CON POSTI LETTO DEDICATI ALLA GRAVISSIMA DISABILITA'
ACQUISITA E PER I CENTRI DIURNI CON POSTI SPECIALIZZATI PER ANZIANI AFFETTI DA FORME DI
DISTURBO COGNITIVO E/O DEL COMPORTAMENTO DELL'ASP CITTA' DI BOLOGNA IN CASO DI
ASSENZA PROLUNGATA DEL MEDICO INCARICATO**

__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 Cardinal Giacomo Lercaro e Nucleo residenziale dedicato a persone con Gravissima Disabilità Acquisita – GDA - ai sensi della DGR 2068/04.
- Medico del Centro diurno Cardinal Giacomo Lercaro specializzato demenze.
- Medico per sostituzioni (per le altre strutture casa residenza anziani) e del medico dei centri diurni in caso di assenza prolungata dello stesso.

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;
- 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;

- 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