

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 FISIOTERAPISTA PRESSO I
CENTRI SERVIZIO DELL'AZIENDA**

__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 fisioterapista presso i Centri Servizio dell'Azienda.

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 DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI SI
 NO

CONDANNE PENALI SI (quali) _____
 NO

PROCEDIMENTI PENALI (in caso affermativo indicare la tipologia)

TITOLO DI STUDIO _____ rilasciato
dall'Università degli studi di _____
conseguito in data _____ voto _____

- 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 di almeno un anno risultante dal curriculum presso strutture socio assistenziali, sanitarie, socio-sanitarie;
- di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;
- che all'atto di stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi¹;

¹ Da barrare, ove non già in possesso di partita IVA per l'esercizio della libera professione

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

di non essere stato collocato/a in quiescenza.

l sottoscritt_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ai fini della gestione della presente procedura.

Data ___/___/___

Firma_____

Si allegano i seguenti documenti:

- copia firmata di documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità
- curriculum vitae