

SCHEMA DELLA DOMANDA DA REDIGERE SU CARTA SEMPLICE

Al Commissario Straordinario
A.S.L. 2
Sistema Sanitario Regione Liguria
Via Manzoni, n. 14
17100 SAVONA

Oggetto: Avviso pubblico per manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, per 6 mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 2020, al fine di fronteggiare le esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, , rivolta anche a personale in quiescenza, indetto con deliberazione n. 168 del 18/03/2020.

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico di cui all'oggetto per il conferimento di incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, per 6 mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 2020, al fine di fronteggiare le esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, rivolta anche a personale in quiescenza, nel profilo professionale di:

specialista in.....;
specializzando in

A tal fine, ai sensi di quanto previsto **dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere,**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a a il
2. di essere residente a in via o piazza
CAPtel. cell. e -mail.....;
3. di essere in possesso della cittadinanza.....
4. di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza e cioè nello Stato di seguito indicato
..... (ovvero di non godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza per le seguenti motivazioni))
5. di essere in possesso del seguente codice fiscale
6. di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso
oppure
di aver riportato le seguenti condanne penali e/o di avere i seguenti procedimenti penali in corso.....;
7. di avere conseguito la laurea in..... presso
in data
se conseguita all'estero indicare: riconosciuta in Italia con provvedimento Ministeriale in data;
a decorrere dal n° di iscrizione

8. di essere in possesso della specializzazione in
 se conseguita all'estero indicare: riconosciuta in Italia con provvedimento Ministeriale in data,
 ovvero:
 di essere medico di formazione specialistica iscritto all'ultimo anno di corso nella disciplina di _____ presso l'Università di _____;
 ovvero:
 di essere medico di formazione specialistica iscritto al penultimo anno di corso nella disciplina di _____, in caso di corso di durata quinquennale;
9. di essere iscritt...all'Albo dell'Ordine Professionale dei.....della Provincia di.....dal.....n. di iscrizione.....;
10. di essere titolare di pensione di vecchiaia;
11. di essere titolare di pensione di anzianità e di non aver avuto rapporti di lavoro o di impiego con l'ASL2 nei 5 anni precedenti a quello di cessazione dal servizio
12. di essere in possesso di Partita IVA
oppure
 di non essere in possesso di Partita IVA;
13. di non essere stato dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per avere conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
14. di non aver riportato sanzioni interdittive o altre sanzioni che comportino il divieto di contrarre con la P.A.;
15. di avere in atto il/i seguente/i rapporto/i di lavoro
(leggere attentamente e barrare ciò che risponde al vero):
 rapporto di pubblico impiego;
 rapporto di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
 rapporto di collaborazione con strutture private accreditate e convenzionate con il S.S.N., anche come libero professionista;
16. di non aver contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell'Asl2;
17. di impegnarsi, in caso di designazione, a produrre la partita IVA e idonea polizza assicurativa per infortuni;
18. di accettare tutte le condizioni e clausole contenute nell'Avviso pubblicato sul sito aziendale;
19. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali, ai sensi della normativa vigente in materia di privacy, finalizzati all'espletamento della procedura.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura, con esclusione della convocazione all'eventuale colloquio, venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:, oppure al seguente domicilio: Via/Piazzan. CAP Città (Prov. di) impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconosce che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Si allega:

- copia fotostatica di un documento d'identità o riconoscimento in corso di validità;
- curriculum formativo-professionale datato e firmato;
- elenco delle pubblicazioni scientifiche.

Le fotocopie allegate sono conformi all'originale.

.....(luogo),(data)

.....
 (firma)