

Spett.le

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

“San Giuseppe” di Primiero

Viale Marconi n.19

38054 Primiero San Martino di Castrozza (TN)

**MANIFESTAZIONE INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO IN LIBERA
PROFESSIONE DI ASSISTENZA MEDICA PER L'ANNO 2027.**

Il/La sottoscritto/a															
nato/a a.....il.....															
residente in via.....															
CAP.....				città.....											
prov.....															
numero telefono.....numero cellulare.....															
indirizzo e-mail:.....															
indirizzo PEC:.....															
CODICE FISCALE:															

C H I E D E

di partecipare alla **SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO IN LIBERA
PROFESSIONE DI ASSISTENZA MEDICA PER L'ANNO 2027** per le seguenti strutture (l'omessa
indicazione dell'Azienda comporta la manifestazione di interesse per entrambe le Aziende):

- ☐ A.P.S.P. “San Giuseppe” di Primiero
- ☐ A.P.S.P. “Valle del Vanoi”

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”.

DICHIARA

☐ di essere in possesso della cittadinanza.....;

Solamente per i cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione europea:

godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

☐ di aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

_____ ;

☐ di aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

☐ di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

☐ essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

☐ SI ☐ NO

(barrare la casella interessata)

Requisito d'ammissione

essere in possesso della **Laurea** in

conseguito in data

presso l'Università di.....

sita in.....

☐ di essere iscritto all'**albo dell'ordine dei medici** della Provincia/Regione di.....

dal.....N° di iscrizione

☐ di essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina:

conseguita in data.....presso l'Università di.....

2) Disciplina:.....

conseguita in data.....presso l'Università di.....

☐ di **aver frequentato** il corso di formazione specifico per Coordinatori di RSA promosso dalla Provincia di Trento;

☐ di **NON aver frequentato** il corso di formazione specifico per Coordinatori di RSA promosso dalla Provincia di Trento;

☐ di essere in possesso di idonea copertura assicurativa;

☐ di godere di condizioni di salute idonee all'esercizio della professione medica ☐ SI ☐ NO;

☐ di essere in regola con i crediti ECM ☐ SI ☐ NO;				
☐ di aver maturato la seguente esperienza in R.S.A.:				
DENOMINAZIONE AZIENDA	PERIODO		PROFILO PROFESSIONALE	ORE SETT.LI
	DAL	AL		

☐ di essere disponibile per incarico di attività di assistenza medica:

☐ nr..... ore settimanali

☐ di risultare compatibile allo svolgimento dell'incarico, nel limite di nr. _____ ore settimanali, anche in relazione ad altri incarichi ricoperti;

Allega alla presente domanda:

- ☐ **Curriculum professionale formato UE**
- ☐ **Carta di identità**
- ☐ _____

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui al Reg. UE 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione in favore di entrambe le Apsp.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

- ☐ è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
- ☐ è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità

Primiero San Martino di Castrozza, _____

L'incaricato