**Schema di domanda di partecipazione**

**Avviso pubblico “aperto” per il conferimento di incarichi libero professionali di medici da destinare ai pronto soccorso delle strutture ospedaliere della ASP di Agrigento**

**Spett.le Commissario Straordinario ASP Agrigento**

ll/La Sottoscritto/a Cognome: Nome

Nato/a a Prov. il

Codice Fiscale Residente a Prov.

Via CAP

Recapito telefonico e-mail

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci nonché per il caso di formazione e/o uso di atti falsi previsti dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445,

**DICHIARA**

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o cittadino/a del seguente Paese dell’unione Europea o straniero regolarmente soggiornante sul territorio nazionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere nel pieno godimento dei diritti civili e politici;
3. di essere residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
5. di non essere sottoposto a procedimenti penali;
6. di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento da precedente impiego presso una pubblica amministrazione;
7. di non essere dipendente pubblico nè di essere collocato in quiescenza;
8. di essere in possesso dei requisiti specifici previsti dall’Avviso Pubblico al punto 1. B), e più specificatamente

* il diploma di laurea in medicina e chirurgia (luogo e data di conseguimento)
* l’ulteriore requisito specifico individuato tra quelli previsti nell’avviso , specificando tipologia , luogo e data di conseguimento;
* Iscrizione all’albo dell'Ordine dei Medici (numero d’iscrizione, data e luogo);

**Allega alla presente domanda:**

* curriculum vitae;
* autocertificazione utile a dimostrare i requisiti specifici di ammissione resa in conformità alle disposizioni contenute nel DPR 28 dicembre 2000, n° 445 ovvero copia del titolo con dichiarazione di conformità all’orinale.
* fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;

ll/La sottoscritto/a, in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le finalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al Regolamento Europeo 679/2016.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_