

ALLEGATO "A" – DOMANDA (in carta semplice)

Spett. le ASP Istituzioni Assistenziali Riunite
 Direzione Generale
 Via Emilia n° 12
 27100 PAVIA

Il/La sottoscritto/a			
Nato/a		il	
Residente in			
Indirizzo/n./cap.			
Telefono n°		Cellulare n°	
fax		e-mail	
Codice fiscale		Partita IVA	
in qualità di (*)			

(*) indicare la qualifica di riferimento.

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura pubblica per la formulazione di un elenco da utilizzare per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per "Medico Specialista in Geriatria", "Medico Specialista In Medicina Fisica e Riabilitazione", "Medico Specialista In Radiologia", "Medico Chirurgo"; "Medico Specialista in Neurologia"; "Medico con Specializzazione riconducibile alle funzioni proprie della Direzione Sanitaria Aziendale", " Esperto In Radioprotezione", "Chimico o Biologo o Medico con requisiti di idoneita' alla Direzione e Vice Direzione di Laboratorio SMEL accreditato", "Tecnico di Laboratorio", "Dietista", "Farmacista", "Psicologo"; "Infermiere Professionale"; "Fisioterapista"; "Terapista Occupazionale"; "Educatore", " Assistente Sociale", "Arteterapeuta", da destinare alle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Aziendali (Istituto di Riabilitazione, Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Sanitaria Disabile).

A tal fine, ai sensi degli artt. 2 e 4 della Legge n. 15/1968 e degli artt. 1 e 2 del D.P.R. n. 403/1998, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

1)	di essere nato/a in data e luogo.....; di essere residente a in via
2)	essere cittadino/a italiano/a ovvero di essere cittadino del seguente Stato membro dell'Unione Europea:.....
3)	<i>(solo per i cittadini di Stati extracomunitari)</i> di essere cittadino del seguente Stato extracomunitario.....
4)	<i>(per i cittadini italiani)</i> di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di oppure <i>(indicare i motivi della mancata iscrizione o della cancellazione dalle liste elettorali)</i>
5)	di avere conseguito il titolo di studio dinell'anno..... presso
6)	di essere iscritto (all'Albo Professionale oppure all'Ordine Professionale al n°.....)
7)	di non avere riportato condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso oppure di aver riportato le seguenti condanne penali o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti – precisando eventuali provvedimenti di amnistia, condono, idulto o perdono giudiziario <i>(cancellare se non interessa)</i>
8)	di impegnarsi tramite dichiarazione da inoltrare prima dell'inizio del servizio ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 445/2000 a non effettuare, se non debitamente autorizzato, attività privata presso le strutture dell'ASP e di non svolgere altre attività in conflitto di interessi con quella presso l'ASP.

9)	di essere fisicamente idoneo all'esercizio delle mansioni previste per la figura di
10)	<i>(solo per i cittadini della Comunità Europea e di Stati extracomunitari)</i> di avere adeguata conoscenza della lingua italiana, nonché di godere dei diritti civili e politici anche in (indicare lo Stato di appartenenza o di provenienza) – ovvero – indica i motivi del mancato godimento.....
11)	di eleggere domicilio agli effetti della presente procedura all'indirizzo sopra riportato.....
12)	Il candidato si impegna una volta conferito l'incarico ad adempiere ad ogni obbligo previsto dalle vigenti normative anche in merito alla funzione esplicitata. Dovrà altresì avere conoscenza e rispettare ogni disposizione contenuta nel Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 –2022, integrato dal Modello Organizzativo (ex D.to Leg.vo 231/2001) adottato dall' ASP e consultabile sul sito aziendale www.asppavia.it nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali, possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Allega i seguenti documenti:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

data, _____

Firma

ALLEGARE SEMPRE FOTOCOPIA INTEGRALE DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ