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 MEDICO DI COORDINAMENTO SANITARIO ANNO 2025.**

|  |
| --- |
| 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 MEDICO DI COORDINAMENTO SANITARIO PER L’ANNO 2025.**

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”.

**D I C H I A R A**

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ 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/Regionedi………………………. 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 coordinamento:* nr. 6 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.

 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