SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE

REGIONE LAZIO

***Modello domanda***

**Al Direttore Generale**
**Azienda Sanitaria di Frosinone**

__l___ sottoscritt_____nato a _____(____)

Il_____, residente in _____Via _____

Tel_____mail (obbligatoria)_____pec (obbligatoria)_____

Chiede di essere ammess__a partecipare all'Avviso Pubblico per la formulazione di un elenco di professionisti disponibili a rendere prestazioni mediante conferimento di incarichi con contratti di lavoro autonomo a Partita Iva, per le esigenze dell'ASL di Frosinone per Dirigente Medico nella disciplina di _____;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso della Cittadinanza italiana, o cittadinanza in uno dei Paesi dell'Unione Europea ovvero di altra nazionalità con il possesso dei requisiti di cui all'art. 38 D.Lgs n.165/2001 e s.m.i..
- Di essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____;
- Di avere l'Idoneità fisica all'impiego e alle mansioni della posizione bandita;
- Di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in essere, se sì dichiarare quali_____;
- Di non essere dipendente di Aziende ed Enti Pubblici;
- Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita il_____ presso _____, con votazione_____;
- Di essere iscritt_ al corrispondente albo professionale della Provincia di_____al n._____;
- Di avere la specializzazione nella disciplina_____;
- Di essere possessore di Partita Iva n°_____ e di una polizza assicurativa di responsabilità individuale verso terzi;
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nel *curriculum vitae* ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allego alla presente:
*Curriculum* formativo professionale datato e firmato e fotocopia del documento identità.

Data_____

Firma_____