

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ mail/pec \_\_\_\_\_

Chiede di essere ammess\_\_ a partecipare all'Avviso Pubblico **DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A MEDICI, DISCIPLINA MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA, PER LE ESIGENZE DEI PRONTO SOCCORSO DI ALATRI – FROSINONE – SORA - CASSINO**

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 n.445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- Di essere in possesso della Cittadinanza Italiana salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea \_\_\_\_\_;
- 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 o di avere procedimenti penali in essere, se si 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 per la copertura degli infortuni e della Responsabilità Civile verso Terzi in relazione all'attività professionale da prestare;
- Di esprimere la seguente preferenza di sede: \_\_\_\_\_;
- Che la PEC personale per ogni comunicazione inerente la presente procedura è la seguente: \_\_\_\_\_;
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e nel *curriculum vitae* ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

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 altresì sotto la propria responsabilità, di avere i seguenti requisiti di partecipazione al presente avviso:

- ☐ Diploma di specializzazione nella disciplina oggetto dell'Avviso, ovvero in disciplina riconosciuta equipollente ai sensi del D.M. 30/01/1998 e s.m.i., ovvero affine ai sensi del D.M. 31/01/1998 e s.m.i. in : \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

- ☐ Maturazione nel periodo intercorrente tra il 1° gennaio 2013 ed il 31 dicembre 2024, presso i servizi di emergenza-urgenza del Servizio Sanitario Nazionale, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, con contratti di convenzione o altre forme di lavoro flessibile, ovvero abbia svolto un documentato numero di ore di attività, equivalente ad almeno tre anni di servizio del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno, anche non continuative, presso i predetti servizi (in analogia a quanto statuito dall'art. 12 c. 1 del D.L. n.34/2023):

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa), per un totale di ore \_\_\_\_\_ presso (denominazione dell'ente) \_\_\_\_\_

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Struttura Privata

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa), per un totale di ore \_\_\_\_\_ presso (denominazione dell'ente) \_\_\_\_\_

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

- ☐ Pubblica Amministrazione o equiparata
- ☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ Struttura Privata

- ☐ di essere iscritto/a al \_\_\_\_\_ (ultimo o penultimo anno di specializzazione ) anno del corso di SPECIALIZZAZIONE in \_\_\_\_\_, nella disciplina oggetto dell'Avviso, ovvero in disciplina riconosciuta equipollente ai sensi del D.M. 30/01/1998 e s.m.i., ovvero affine ai sensi del D.M. 31/01/1998  
durata legale del corso \_\_\_\_\_ anni, presso \_\_\_\_\_;  
ai sensi dell'art. 2-bis, comma 1 lett. a), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18;

- ☐ di essere iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del corso di SPECIALIZZAZIONE in \_\_\_\_\_, nella disciplina oggetto dell'Avviso, ovvero in disciplina riconosciuta equipollente ai sensi del D.M. 30/01/1998 e s.m.i., ovvero affine ai sensi del D.M. 31/01/1998  
durata legale del corso \_\_\_\_\_ anni, presso \_\_\_\_\_;  
ai sensi dell'art. 12 del D.L. 30 marzo 2023, n. 34 comma 2;

Allego alla presente:

*Curriculum* formativo professionale datato e firmato e fotocopia del documento identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_