**FAC-SIMILE SCHEMA DOMANDA**

(da compilare in maniera leggibile, possibilmente con l’utilizzo di strumenti informatici o in stampatello)

Spett.le

Agenzia Tutela della Salute

Via Gallicciolli n. 4

24121 BERGAMO

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………….....…………….………

**C H I E D E**

Di partecipare all'avviso di selezione pubblica, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale per Infermiere.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

*(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)*

1. ** di essere nato/a a ………….…………………….........…………. il …………………..………..

2. ** di essere residente a …………………….… (C.A.P. ..….) in via ………………………………

3. ** di essere cittadino/a ……………………………...……(specificare se italiano o di altro Stato)

4. ** di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di ..………………………………………...

(nel caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali, indicarne i motivi:

………………………………….………………..…………….……………….……….………

5. ** di non aver riportato condanne penali;

oppure

** di aver riportato le seguenti condanne penali ….……………….….………………….....………………………………………………………

6. ** di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva (per i soli candidati di sesso maschile nati entro il 31 dicembre 1985): ………………….…………………………….

7. ** di essere in possesso del seguente codice fiscale ……………………………………………….

8. ** di essere titolare di Partita I.V.A. n. …………………………………………………………….

9. ** di essere in possesso del seguente titolo di studio richiesto quale requisito di ammissione:………………………………………………………………………………………………………....conseguito presso ................................................................................... il ..........................................

(se rilasciato all’estero, allegare *atto di riconoscimento all’analogo titolo di studio conseguito in Italia*)

10. ** di essere altresì in possesso dei seguenti titoli di studio:

Titolo di studio …………………………………………………………..……………………………

conseguito presso ................................................................................... il ..........................................

Titolo di studio …………………………………………………………..……………………………

conseguito presso ................................................................................... il ..........................................

11. ** di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine degli ……………….. ……………………………….. a decorrere dal ………………………………….. al n. ……………………………

12. ** di essere in possesso della patente categoria …………………………………………………….

13. ** di aver svolto attività professionale come sottoindicato:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Azienda/Ente | periodo | | Qualifica | Tipo di rapporto \* |
| Data inizio  Gg/mm/aa | Data fine  gg/mm/aa |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) indicare se con rapporto di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, con rapporto di lavoro autonomo, collaborazione professionale, ecc., precisando comunque l’impegno orario e relativa percentuale se part-time.

14. ** di essere in possesso dei seguenti titoli che danno diritto alla riserva del posto, ovvero a precedenza o preferenza nella nomina: ……………………………………………………….

15*. * ai fini dell’inesistenza delle seguenti cause di esclusione o di incompatibilità, dichiara altresì:

1. 🞏 di non essere dipendente presso soggetti pubblici o privati;
2. 🞏 di non avere rapporti di natura convenzionale con il SSN;
3. 🞏 di non essere assegnatario di altri incarichi libero professionale;
4. 🞏 di non essere nella condizione di soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
5. 🞏 di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica o di non avere provvedimenti pendenti per gli stessi reati;
6. 🞏 di non avere contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell’ATS di Bergamo;
7. 🞏 di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
8. 🞏 di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
9. 🞏 di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con l’ATS di Bergamo con riferimento all’attività di libero professionista;

ovvero

🞏 di rimuovere tali eventuali situazioni al momento del conferimento dell'incarico libero professionale.

16. ** di voler eleggere il seguente domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni eventuale comunicazione, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonerando l’ATS di Bergamo da qualsiasi responsabilità in caso di propria irreperibilità,

Via …………………………….……………………………………………………… n. ……

c.a.p. …………. Citta …………………………………………………………… Prov. ……..

telefono n. …………………………………………………………………...............................

Per chi invia la domanda con PEC vale esclusivamente l'indirizzo PEC: .....……………………………………………………………………………….……………

17. ** di autorizzare l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento 679/2016/UE, per le finalità connesse e strumentali allo svolgimento della presente procedura

Allega alla domanda l’elenco (in triplice copia) dei documenti e dei titoli presentati.

Data …………………………… Firma ………..…………………………....….………….

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA

A NORMA DELL’ART. 39 DEL DPR 28.12.2000, N. 445

**FAC SIMILE di dichiarazione sostitutiva di certificazione e atto di notorietà**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI**

**DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………….…………………………………………

nato/a …………………………………………………………… il …………………………………

residente a ……………………………………………. in via ………………………………………

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

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

che **le copie dei documenti sottoelencati**, presentati con la domanda di partecipazione all'avviso di selezione pubblica, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale per Infermiere**,** sono conformi agli originali:

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

** **altre dichiarazioni**

…………………………….………………………….………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e firma ……………………………………………………….

**FAC SIMILE di dichiarazione sostitutiva di certificazioni**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**(art. 46 D.P.R. n. 445/2000)**

\_l\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole che rilasciare dichiarazioni mendaci, formare atti falsi o fare uso nei casi previsti dal D.P.R. 28/12/2000, nr. 445, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

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

Di aver prestato/di prestare i sottonotati servizi presso:

• denominazione Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare se Ente Pubblico o Istituto accreditato o Istituto privato non accreditato)

Profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**€** Dipendente a tempo indeterminato/determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tempo pieno
* Tempo definito
* Tempo parziale (n. ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_)

*(ripetere per ciascun servizio prestato)*

**€** Con contratto libero professionale (specificare ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• denominazione Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare se Ente Pubblico o Istituto accreditato o Istituto privato non accreditato)

Profilo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**€** Dipendente a tempo indeterminato/determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tempo pieno
* Tempo definito
* Tempo parziale (n. ore settimanali\_\_\_\_\_\_\_)

*(ripetere per ciascun servizio prestato)*

**DICHIARO**, inoltre, che per i suddetti servizi non ricorrono le condizioni di cui all’art. 46 del DPR 20.12.1979, n. 761.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo data il/la dichiarante