

**Allegato "A" al bando**

**AI DIRETTORE GENERALE  
ASL ROMA 6  
B.go Garibaldi, 12  
00041 Albano Laziale (RM)**

**OGGETTO: AVVISO DI DISPONIBILITA' PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE PER LE ESIGENZE ASSISTENZIALI DEL DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 6 DERIVANTI DA EMERGENZA COVID 19 E PER L'ATTUAZIONE DEL RELATIVO PIANO VACCINAZIONI**

**PROFESSIONALITA' RICHIESTE: MEDICI ABLITATI E ISCRITTI ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI.**

Il/la sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

DI POTER PARTECIPARE ALL'AVVISO DI DISPONIBILITA' PER L'ACQUISIZIONE DI COMPETENZE PROFESSIONALI DA UTILIZZARE PER LE ESIGENZE ASSISTENZIALI DEL DIPARTIMENTO DEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 6 DERIVANTI DA EMERGENZA COVID 19 E PER L'ATTUAZIONE DEL RELATIVO PIANO VACCINAZIONI

Indetto dalla ASL ROMA 6 con delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e pubblicato sul sito dell'Azienda medesima.

A tal fine, consapevole delle responsabilità, ai sensi di quanto prescritto dall'art.46 e dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 anche penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato:

**DICHIARA**

di essere nato/a a.....Prov..... il .....

CF: .....

a) di essere residente nel Comune di .....Prov.....Cap .....

Via.....n.....

Tel.....Indirizzo di posta elettronica.....

b) di essere cittadino/a .....

c) di godere dei diritti civili e politici

d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune .....Prov.....

e) di aver/non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare di seguito le eventuali condanne penali riportate) .....

f) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto da altro impiego statale per averlo conseguito mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

- g) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti dal bando:
- Diploma di Laurea in .....conseguito in data.....presso ..... (denominazione e indirizzo Istituzione) voto.....
  - Abilitazione conseguita il .....presso..... (denominazione e indirizzo Istituzione) voto.....
- h) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di ..... dal (gg/mm/aa)..... con n° .....
- i) di possedere la seguente esperienza lavorativa maturata presso.....dal.....al..... in qualità di..... titolare di contratto.....
- j) di essere idoneo a svolgere le attività di cui al presente bando;
- k) di non versare in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico;
- l) di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella della ASL Roma 6, tali da impedire la sottoscrizione del disciplinare in caso di conferimento dell'incarico di cui trattasi;
- m) di aver preso visione e di accettare, senza riserve, tutte le clausole e le condizioni che disciplinano lo stato giuridico ed economico dell'incarico, indicate nel bando;
- n) di indicare il seguente recapito per le comunicazioni relative alla presente selezione:
- mail ..... Pec .....presso il quale dovrà essere inoltrata ogni comunicazione relativa alla presente domanda;
- o) di essere titolare di partita IVA n. .... ovvero di impegnarsi ad aprirla in caso di affidamento dell'incarico;

Allega alla presente:

- curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato, consapevole che il curriculum sarà oggetto di valutazione esclusivamente se redatto nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000;
- fotocopia di un valido documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritt.....esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura nonché all'eventuale procedura di conferimento dell'incarico.

Luogo ..... data .....

Firma per esteso \_\_\_\_\_