Spett.le

**Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari**

Ufficio selezioni – Stanza 37

Via Degasperi, 79

**38123 TRENTO (TN)**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………… |
| nato/a a ….………………………………...……… prov ………… il …………………………… |
| residente in via ………………………………………………………………………… n. …............C.A.P. ……………………….città……………………………………………………prov………… |
| domicilio (se diverso dalla residenza):via ……………………………………………………………………………………… n. …............C.A.P. ……………………….città……………………………………………………prov………… |
| numero telefono…………………………numero cellulare…………………………………………. |
| CODICE FISCALE: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P. IVA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA’**

**AL CONFERIMENTO DI INCARICO DI LAVORO AUTONOMO**

**IN RELAZIONE ALL’EMERGENZA COVID-19**

e 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”

DICHIARA DI:

|  |  |
| --- | --- |
|  | essere nato/a a ….………………………………...……… prov ………… il ……………………………***(dichiarazione obbligatoria)*** |
|  | aver subito condanne che comportino l’interdizione *perpetua* dei pubblici uffici   SI  NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quali:…………………………………………………………………………………………………………….;***(dichiarazione obbligatoria)*** |
|  | 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)***(dichiarazione obbligatoria)*** |
|  | essere in possesso della laurea in ………………………………………………………………………..conseguita con il punteggio di ……../………… in data…..………………presso……………………………………………….……………………………sita in……………………………………………………………………………………………………...*ovvero*avere conseguito con punteggio/valutazione …………………………………………………………......il titolo di ………………………………………………………………………………………………….in data…………………………nello Stato di…………………………………………………………….dichiarato equipollente al titolo richiesto di ……………………………………………………………..con decreto di data ……………rilasciato da …………………………………………………………….***(dichiarazione obbligatoria)*** |
|  | essere in possesso della seguente **SPECIALIZZAZIONE**:1) Disciplina:……………………………….…………………………………………………………conseguita con il punteggio ………/…..…………. in data……………..……………………..................presso l’Università di………………………………………......................................................................frequenza dal……………………… al…………………………………………………………………..durata legale del corso…………………………………………………………………………………… |
|  | essere iscritto al seguente ordine professionale: ………………………….……………………………..dal ……………………… N° di iscrizione ………………… |
|  |  non trovarsi in situazione di inconferibilità per condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (delitti contro la pubblica amministrazione) |
|  | di avere i seguenti rapporti di lavoro in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale:□ nessuno□ **(se sì, specificare la tipologia del rapporto di lavoro (es. lavoro subordinato o libero professionale e la struttura)**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | di avere rapporti di specialistica ambulatoriale (SUMAI), di continuità assistenziale, di assistenza primaria o di pediatria di libera scelta;□ nessuno□ **(se sì specificare la tipologia del rapporto di lavoro e la struttura)**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | non avere situazioni di conflitto di interesse, ai sensi del Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l’Azienda provinciale per i servizi sanitari ed anagrafe degli incarichi e, in particolare:□ non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di Enti/strutture sanitarie e socio-sanitarie (pubbliche o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;□ non avere cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del consiglio di amministrazione di società che intrattengono rapporti contrattuali con l’APSS in materia di lavori, servizi o forniture, o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa; di essere a conoscenza che qualora i suddetti rapporti contrattuali, si instaurino successivamente alla data della presente dichiarazione, il sottoscritto ha il dovere di darne comunicazione all’APSS; |
|  | svolgere incarichi o avere titolarità di cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati dall’Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento:□ nessuno□ se si specificare quali…………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………… |
|  | essere disponibile allo svolgimento di **n. ………..….. ore settimanali** |
|  | essere dipendente di un Pubblica amministrazione SI  NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare quale:…………………………………………………………………………………………………… |
|  | essere collocati in quiescenza SI  NO(barrare la casella interessata)se SI, indicare con quale decorrenza:…………………………………………………………………………………………………… |
|  | *(spazio libero per eventuali altre dichiarazioni)*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | indicare l’indirizzo di posta elettronica presso il quale verrà effettuata ogni comunicazione relativa allapresente procedura come previsto dall’avviso pubblico:…………………………………………………………………………………………………………..L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione dell’indirizzo di posta elettronica da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dello stesso, né per eventuali disguidi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore. |

**Allega** alla presente domanda:

* curriculum vitae aggiornato e completo;
* copia di un documento d’identità.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al DPR 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e nei documenti allegati, nonché della conformità all’originale delle copie dei documenti prodotti.

In caso di spedizione dovrà essere allegata copia di un documento di identità personale in corso di validità.

 **Luogo e data FIRMA OBBLIGATORIA DEL CANDIDATO**

**----------------------------------------- --------------------------------------------------------------------**

Documento d’identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_