

## Schema di domanda di partecipazione

**Avviso pubblico aperto per manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi libero professionali a medici della disciplina di Ortopedia e Traumatologia da destinare alle UU.OO.CC. di Ortopedia e Traumatologia dell'ASP di Agrigento**

**Al Direttore Generale  
Dell'ASP di agrigento**

**Pec: [selezione.personale@pec.aspag.it](mailto:selezione.personale@pec.aspag.it)**

I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ed residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso a partecipare all'

**Avviso pubblico aperto per manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi libero professionali a medici della disciplina di Ortopedia e Traumatologia da destinare alle UU.OO.CC. di Ortopedia e Traumatologia dell'ASP di Agrigento**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR del 28/12/2000, n° 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea o straniero regolarmente soggiornante sul territorio nazionale;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
- di avere l'idoneità fisica all'impiego. L'idoneità sarà accertata per i partecipanti cui sarà conferito l'incarico libero professionale, dal medico competente dell'Azienda;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o licenziamento da precedente impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di accettare tutte le condizioni dell'Avviso;
- di essere in possesso dei requisiti specifici previsti dall'Avviso Pubblico e più specificatamente:

- 1) Diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- 2) Diploma di specializzazione nella branca specialistica per cui si concorre o in discipline equipollenti o affini secondo le tabelle del D.M. 30/01/98 e del D.M. 31/01/98 e s.m.i.;
- 3) Iscrizione all'Ordine dei Medici.

- di eleggere il seguente domicilio per qualsiasi comunicazione relativa all'incarico:

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

TELEF. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo di Posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

**Si allegano:**

- 1) Copia integrale del documento di riconoscimento in corso di validità;
- 2) Curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

Il/La sottoscritto/a in merito ai dati personali riportati nella seguente domanda, esprime il consenso al loro trattamento anche informatico per le formalità di cui alla selezione in oggetto, con le modalità di cui al Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 196/2003 per la parte non abrogata.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_