

Allegato A)

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera
"Ospedali Riuniti Marche Nord"
Piazzale Cinelli, 4
61121 Pesaro

**PROCEDURA SPECIALE PER L' ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER
PERSONALE MEDICO, SANITARIO ED O.S.S
DISPONIBILE AD INCARICHI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE PRESSO AORMN**

Il/la sottoscritto/a.....

MANIFESTA L' INTERESSE ALLA PROCEDURA IN EPIGRAFE E

CHIEDE

**Di essere iscritto nell' elenco di _____ al fine di assumere
incarico professionale presso AORMN con impegno settimanale di n. _____ ore**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti. Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità:

- 1) di **essere nato/a** a _____ il _____;
- 2) di essere **residente a** _____ CAP _____
Via _____ n. _____ tel. _____;
- 3) di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata _____ e/o
di essere in possesso del seguente indirizzo mail _____;
- 4) di essere in possesso della cittadinanza italiana (o equivalente) _____;
ovvero
di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero di una delle condizioni previste dall'art. 38 D.Lgs. 165/2001 -
testo vigente - per i cittadini dei Paesi Terzi (*è indispensabile specificare di quale condizione si tratta*)
_____;
- 5) di essere **iscritto/a nelle liste elettorali** del Comune di _____;
ovvero:
 di **non essere iscritto nelle liste elettorali** per il seguente motivo _____;
I cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea devono inoltre dichiarare:
 di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza _____;
- 6) di **non avere riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a
procedimenti penali pendenti**;
ovvero:
 di avere riportato le seguenti **condanne penali** e/o di avere i seguenti **procedimenti penali pendenti**
(*precisare gli artt. del Codice Penale e di Procedura Penale*)

**(N.B. da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono e perdono giudiziale, beneficio non
menzione)**
- 7) di essere in possesso del seguente **titolo di studio abilitante**: _____
_____ conseguito il _____ presso _____

8) di essere in possesso della **specializzazione** in _____ conseguita il _____ presso l'Università _____

oppure:

di essere iscritto all'ultimo anno del corso di **formazione specialistica** in _____ presso l'Università _____ (durata legale _____);

oppure:

di essere iscritto al penultimo anno del corso di formazione specialistica in _____ presso l'Università _____ (durata legale _____);

9) di essere iscritto **all'Ordine** _____ della provincia di _____ al n. _____ dal _____;

10) di NON essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra pubblica Amministrazione;

11) di aver prestato servizio presso l'Azienda "Marche Nord" in qualità di Dirigente Medico nella disciplina di _____ fino al _____ - data di collocamento in quiescenza;

12) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs. 196/03) e di avere preso visione dell'informativa sulla tutela dei dati personali ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n.196/03.

Chiede, inoltre, di ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla seguente procedura con la seguente modalità (*barrare una sola modalità*):

mediante posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: _____

mediante comunicazione formale al seguente indirizzo: Via/Piazza _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ CAP _____ .

Allega i seguenti documenti:

- curriculum datato e firmato;
- copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- _____.

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____