**FAC – SIMILE**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER AVVISO DI RICERCA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE SENZA VINCOLO DI SUBORDINAZIONE**

 A.S.L. AL

 S.C. Personale e Sviluppo Risorse Umane

 settore Trattamento Giuridico - Gestione

 Personale non Dipendente

 V.Venezia n.6,15121 Alessandria

Il/la sottoscritto/a \_\_\_ nato/a a \_\_\_ il \_\_\_ residente/domiciliato a \_\_\_ in via \_\_\_ porge domanda per essere ammesso/a all’avviso pubblico di ricerca per l’attribuzione di **incarichi libero-professionali senza vincolo di subordinazione per medici presso il Dipartimento Strutturale di Emergenza – Urgenza della ASL AL per prestazioni di anestesia e rianimazione**, indetto con deliberazione del Commissario della A.S.L. AL n. 156 del 069/03/20 e successive integrazioni.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

* di essere nato/a nel luogo e data sopra indicati;
* di essere residente/domiciliato nel luogo sopra indicato;
* di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_ ;
* di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_ [in caso negativo indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime];
* di non essere stato/a dispensato/a dall’impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l’impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
* di avere/non avere riportato condanne penali [in caso affermativo specificare quali];
* di essere in possesso del titolo di studio \_\_\_, conseguito in data \_\_\_ presso \_\_\_ ;
* di essere iscritto/a all’Albo Professionale dell’Ordine dei \_\_\_ di \_\_\_ a decorrere dal \_\_\_ ;
* di essere/non essere titolare di Partita IVA [in caso affermativo, specificare il numero di Partita IVA; in caso negativo, dichiarare la disponibilità ad aprirla];
* di essere consapevole che l’incarico eventualmente conferito in base al presente avviso non configurerà alcun rapporto di lavoro subordinato con la A.S.L. AL e comporterà il divieto di altri rapporti professionali o di lavoro che possano risultare formalmente o sostanzialmente incompatibili con l’incarico affidato;
* di autorizzare la A.S.L. AL al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. n.51/2018;
* indicazione di:
* indirizzo e-mail
* numero telefonico

a cui deve essere trasmessa ogni comunicazione in merito al presente avviso, in caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza/domicilio dichiarato in precedenza.

Si allega:

* curriculum formativo-professionale, datato e firmato in originale, dichiarando che quanto in esso indicato viene reso in forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000. La dichiarazione deve riportare tassativamente la seguente dicitura: “Il sottoscritto ................., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci o contenente dati non corrispondenti a verità dichiara quanto segue:…”;
* dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445).

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA PER ESTESO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_