

**ALLEGATO MODELLO A**

AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI COLLABORAZIONE AUTONOMA, AI SENSI DELL'ART. 7, COMMA 6, D.LGS. 165/2001 E S.M.I., DELLA DURATA DI 24 MESI, DA ATTRIBUIRE A N. 1 MEDICO SPECIALISTA IN NEUROLOGIA, QUALE REFERENTE CLINICO DEL PDTA "NEU" - NEURODONNA - PREVENZIONE NEUROLOGICA DI GENERE, NELL'AMBITO DEL PROGETTO OPERATIVO DI RILANCIO DEL CENTRO SALUTE DELLA DONNA "SANT'ANNA" DI ASL ROMA I.

**Al Direttore Generale ASL ROMA I
Borgo S. Spirito n.3
00193 Roma**

Il/la
sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
Codice fiscale: _____
indirizzo di residenza: Via _____ n. _____
città _____ Prov. _____ cap. _____
indirizzo e-mail _____
Recapito telefonico _____ indirizzo PEC _____

CHIEDE

di partecipare all' **AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 INCARICO DI COLLABORAZIONE AUTONOMA, AI SENSI DELL'ART. 7, COMMA 6, D.LGS. 165/2001 E S.M.I., DELLA DURATA DI 24 MESI, DA ATTRIBUIRE A N. 1 MEDICO SPECIALISTA IN NEUROLOGIA, QUALE REFERENTE CLINICO DEL PDTA "NEU" - NEURODONNA - PREVENZIONE NEUROLOGICA DI GENERE, NELL'AMBITO DEL PROGETTO OPERATIVO DI RILANCIO DEL CENTRO SALUTE DELLA DONNA "SANT'ANNA" DI ASL ROMA I.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA:

(barrare le caselle che interessano)

☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana

ovvero:

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana: cittadino _____ stato membro dell'Unione Europea;

☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
ovvero

☐ di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:



☐ di non aver mai riportato condanne penali e di non avere conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico

ovvero

☐ di avere riportato le seguenti condanne penali (da indicarsi anche se sia stata concessa amnistia, indulto o perdono giudiziale): _____

ovvero

☐ di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale ai sensi del D. Lgs 39/2013;

- di essere in possesso dei seguenti requisiti di ammissione:

☐ Laurea in Medicina e Chirurgia

conseguita il _____ presso l'Università di _____;

☐ Specializzazione in Neurologia

conseguita il _____ presso l'Università di _____;

☐ Abilitazione all'esercizio della professione e iscrizione in corso di validità all'Ordine dei Medici Chirurghi;

☐ Altri Titoli di studio _____

_____;

☐ Di essere in possesso dei seguenti ulteriori Requisiti specifici:

_____;

☐ Di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), finalizzato agli adempimenti per l'espletamento del presente avviso.

Al fine della valutazione di merito il sottoscritto allega alla presente domanda:

- un curriculum formativo e professionale datato e firmato **redatto nella forma di dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000.**

- la fotocopia di un documento di riconoscimento, in corso di validità (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore).

(Luogo) _____, (Data) _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato pena nullità della stessa)