

ALLEGATO 1

Alla CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO PROVINCIALE DI ROMA
Via B. Ramazzini, 31
00151 – ROMA

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione pubblica per l'istituzione degli elenchi dei professionisti disponibili al conferimento di incarichi di collaborazione professionale per lo svolgimento di attività propria della professione medica.

Il/la sottoscritto/a _____ (indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome),
nato/a il ___/___/___ a _____, provincia di __,
codice fiscale _____
residente a _____, provincia di __,
via/piazza _____, n. ____, CAP _____,

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per l'istituzione degli elenchi dei professionisti disponibili al conferimento di incarichi di collaborazione professionale per lo svolgimento di attività propria della professione medica presso la Croce Rossa Italiana, di cui al bando indetto con la Determinazione Direttoriale n. 33 del 16.02.2012.

A tal fine il/la sottoscritto/a _____ (indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nato/a il ___/___/___ a _____, provincia di __, e residente a _____, provincia di __, via/piazza _____, n. ____, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di (barrare la voce che interessa):
__ essere cittadino/a italiano/a
__ di essere cittadino/a _____ (in caso di cittadino di Stato
Membro dell'Unione Europea indicare la propria cittadinanza);

- di godere dei diritti civili e politici;

- di non aver riportato condanne penali e provvedimenti di applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

- di (barrare la voce che interessa)
__ non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti a proprio carico
__ di avere i seguenti procedimenti penali pendenti a proprio carico
_____;

- di non versare in situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi e/o in concorrenza previste dalla vigente normativa conseguenti all'abbinamento tra la propria attività professionale comunque svolta e l'attività prestata a favore della Croce Rossa Italiana;

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della provincia di _____;

- di (barrare la voce che interessa)
__ non essere in possesso di specializzazione
__ di essere in possesso di specializzazione in _____

- di (barrare la voce che interessa)

non essere in possesso di partita iva

di essere in possesso di partita iva n° _____

I documenti comprovanti il possesso dei titoli culturali e professionali (titoli di studio e iscrizione all'ordine dei medici) sono detenuti da: (compilare solo nel caso in cui i documenti comprovanti il possesso dei suddetti titoli siano già in possesso della Croce Rossa Italiana o di altra Pubblica Amministrazione)

Il sottoscritto allega alla presente domanda:

- il proprio curriculum vitae redatto in maniera conforme al modello Allegato 2 al presente bando debitamente firmato e corredato della documentazione comprovante i titoli posseduti;
- l'elenco della documentazione presentata debitamente firmato;
- fotocopia del proprio documento di identità debitamente firmato (carta di identità, passaporto, patente rilasciata dalla Prefettura, o altro documento equipollente¹).

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive. Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo e recapiti telefonici

Via _____ n. _____

CAP _____

Città _____

Provincia _____

Telefono _____

Cellulare _____

Fax _____

e-mail _____

Il Candidato dichiara infine di aver preso piena conoscenza del Bando e degli altri documenti ad esso allegati, ovvero richiamati e citati prendendo atto e accettando quanto in esso disposto.

(Luogo e data) _____, li ___/___/____

Firma _____

Il Candidato dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della Legge 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e autorizza la Croce Rossa Italiana al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura.

(Luogo e data) _____, li ___/___/____

Firma _____

¹ N.B.: **NON** saranno ritenute valide come documenti di riconoscimento le patenti rilasciate dalla motorizzazione civile.