

## Modello domanda

**Alla Croce Rossa Italiana  
Direzione Regionale  
Comitato Regionale CRI Lazio  
Via Bernardino Ramazzini, 31  
00151 Roma  
Tel 06.65795358/9**

**Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco dei professionisti disponibili al conferimento di incarichi di collaborazione professionale per lo svolgimento di attività propria della professione medica dei servizi di assistenza ed emergenza – urgenza nelle Province del Lazio.**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_\_ il \_\_\_\_\_ (per le donne indicare il cognome da nubile),

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

Di essere iscritt\_\_ negli elenchi dei professionisti disponibili al conferimento di incarichi di collaborazione professionale per lo svolgimento di attività propria della professione medica dei servizi di assistenza ed emergenza – urgenza nelle Province del Lazio.

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

Dichiara:

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
2. di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
4. di essere iscritto nelle Liste Elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;
5. di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne: \_\_\_\_\_;
6. di non aver procedimenti penali pendenti a proprio carico ovvero di avere i seguenti procedimenti penali a carico: \_\_\_\_\_;
7. di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interessi o in concorrenza con quella da prestarsi a titolo di collaborazione;

8. di essere a conoscenza e di accettare il **“Regolamento recante la disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione professionale ad esperti esterni presso la Croce Rossa Italiana”**;
9. Di autorizzare la Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 finalizzato alla presente procedura.

Allega alla presente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_