

Spett.le APSP Istituto Domenico Trincheri Viale Liguria n.14

17031 - ALBENGA (SV)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO DI PROCEDURA COMPARATIVA, PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI LAVORO AUTONOMO DI DIRETTORE SANITARIO IN RESIDENZA PROTETTA.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

presa visione del 'avviso pubblico di procedura comparativa, per titoli e colloquio per il conferimento di un incarico di lavoro autonomo di direttore sanitario in residenza protetta.

CHIEDE

di essere ammesso/a alla partecipazione di detto avviso. A tal fine, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

a) Di essere nato/a a _____ Prov. _____ CAP _____
il _____ C.F. _____ e di essere residente in
via/piazza _____ n. _____ Città _____ Prov. _____
di essere coniugato/a celibe/nubile
(Se diverso dalla residenza indicare il domicilio
esatto) _____

b) di essere cittadino/a (barrare la casella interessata)

- Italiano/a
- di altro paese dell'Unione Europea (specificare) _____
- di altro paese non appartenente all' Unione
Europea (specificare) _____
familiare _____ nato _____
 di _____ a _____
il _____ residente a _____
cittadino di un paese dell'Unione Europea (specificare) _____
e di essere
- titolare del diritto di soggiorno

- titolare del diritto di soggiorno permanente
- titolare permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo
- titolare dello status di rifugiato
- titolare dello status di protezione sussidiaria

c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____
e di avere la residenza nello stesso Comune in via _____

d) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali pendenti a proprio carico (in caso contrario devono essere indicate le condanne riportate anche se vi è stata amnistia o perdono giudiziale, nonché i procedimenti penali pendenti)

e) di possedere il titolo di studio _____
conseguito in data _____ presso _____
di _____ con la votazione di _____

f) di possedere l'abilitazione all'esercizio della professione medica

g) di essere iscritto all'Ordine dei Medici

h) di essere compatibile all'incarico ai sensi art. 4 comma 7 L. 412/1991 e art. 1 comma 5 L. 662/1996, nonché art. 17 c. 2 punto c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e decreto dirigenziale Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali Assistenza Ospedaliera e Specialistica n° 1372 del 26/05/2009

i) di aver conseguito la Specialità in Geriatria o affine ai sensi del DM 31/01/1998 e ss. mm. ii. oppure esperienza quinquennale certificata presso strutture residenziali per anziani autorizzate e/o accreditate (cfr. DGR 941/2012)

l) di essere in regola con la formazione obbligatoria ECM

m) di avere l'idoneità fisica all'impiego

n) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione e di non aver prodotto documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

o) di essere nella seguente posizione nei confronti degli obblighi di leva _____

p) di non trovarsi nelle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità previsti dalla normativa vigente

q) di non operare in condizioni di incompatibilità come previste art. 4 comma 7 L. 412/1991 e art. 1 comma 5 L. 662/1996, nonché art. 17 c. 2 punto c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e decreto dirigenziale Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali Assistenza Ospedaliera e Specialistica n° 1372 del 26/05/2009

r) di consentire all'A.P.S.P. Istituto Domenico Trinchero di acquisire, conservare e trattare i dati personali forniti ai fini della presente selezione nel rispetto di quanto stabilito del Regolamento UE 2016/679.

s) di possedere la partita IVA o di impegnarsi ad attivarla nel caso di assegnazione dell'incarico di

cui alla presente selezione

t) di possedere un conto corrente dedicato per garantire la tracciabilità dei flussi finanziari

Chiede che le comunicazioni non pubblicate sul sito istituzionale dell'Istituto Trincheri e relative al concorso siano trasmesse al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ CAP _____ città _____

telefono _____ mail _____

PEC _____

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente per iscritto all'ufficio personale dell'Istituto ogni eventuale variazione dell'indirizzo sollevando l'Amministrazione da ogni responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario

Data _____

Firma del candidato

ALLEGATI:

1. Curriculum formativo e professionale;
2. Dichiarazione del/della candidato/a medico sostituto.