

**AVVISO PUBBLICO**  
**per la formazione di un Albo di Medici specialisti per il conferimento di incarichi**  
**in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie**  
**presso il Centro di Medicina Preventiva ed il Punto di Primo Intervento gestiti dall'IPA**

Il sottoscritto chiede di essere inserito, in qualità di libero professionista singolo, nell'Albo di Medici specialisti nella seguente branca:

\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali previste cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**  
**sotto la propria responsabilità (ai sensi degli artt. 5, 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)**

- a) che i propri dati identificativi sono i seguenti:
- NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_
  - NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_
  - RESIDENTE in \_\_\_\_\_
  - VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
  - DOMICILIO (solo se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_
  - ISCRITTO ALLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_  
(oppure di non essere iscritto per il seguente motivo) \_\_\_\_\_
  - CITTADINANZA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_
  - TEL/CELL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
  - E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
  - TITOLO \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_  
STUDIO \_\_\_\_\_
  - ISCRITTO ALL'ORDINE (specificare quale) \_\_\_\_\_
  - PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ DATA DI \_\_\_\_\_  
ISCRIZIONE \_\_\_\_\_
  - PARTITA IVA \_\_\_\_\_



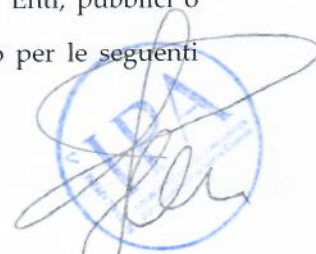
ALLEGATO 1 – Schema domanda di partecipazione

- *oppure il sottoscritto si impegna, con la presente, a comunicare la partita iva in fase di contrattualizzazione;*

- N° POLIZZA ASSICURATIVA PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

- *oppure il sottoscritto si impegna, con la presente, a stipulare e presentare in fase di contrattualizzazione polizza assicurativa a copertura dell'attività professionale, con massimale di € 1,5 milioni;*

- b) che l'iscrizione all'Albo è richiesta in qualità di libero professionista;
- c) di non avere precedenti penali e/o procedimenti penali in corso  
(in caso contrario indicare quali) \_\_\_\_\_
- d) di non aver riportato condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, o sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti, ex art. art. 444 c.p.p., per i reati di cui all'art. 80, comma 1, lett. a), b), c), d), e), f) e g) del d.lgs n. 50/2016;
- e) che non sussistono cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'art. 67 del d.lgs 159/2011 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84, comma 4 del medesimo decreto;
- f) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilita;
- g) di non aver commesso gravi infrazioni debitamente accertate in ordine alla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro nonché agli obblighi di cui all'art. 30, comma 3 del D. Lgs 50/2016;
- h) di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;
- i) di non essere stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- j) di non trovarsi in situazioni di inconferibilità, incompatibilità e/o conflitto di interessi rispetto alla normativa vigente e all'art. 25 del Contratto SUMAI (art. 4 del presente avviso) e di impegnarsi, al sopraggiungere delle stesse nel corso dell'incarico, a darne tempestiva comunicazione all'IPA;
- k) di aver prestato servizi analoghi a quelli oggetto del presente avviso presso altri Enti, pubblici o privati, ed eventualmente aver cessato i precedenti rapporti di pubblico impiego per le seguenti



ragioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a rende la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dalla legge a carico di chi attesta il falso.

(luogo, data)

\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**Allegato: documento d'identità**

**INFORMATIVA AI SENSI del D. Lgs 163/2006 e del Regolamento UE 679/2016 - Privacy**

Il soggetto ha facoltà di esercitare, relativamente all'esistenza e al trattamento dei dati personali che li riguardano, i diritti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016.

Il titolare del trattamento dei dati è l'IPA, con sede a Roma, Via Francesco Negri, 11, Roma. Il Responsabile del trattamento dei dati è individuato nella persona del Sub Commissario Straordinario.

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in virtù di quanto disposto dal D. Lgs 196/03 e dal Regolamento UE 679/2016.

IL DICHIARANTE