

AVVISO PUBBLICO

per soli titoli per il reperimento di Collaboratori Professionali Sanitari (CPS) vari profili per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie presso il Centro di Medicina Preventiva, il Punto di Primo Intervento, Centro Odontostomatologico gestiti dall'IPA

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ e residente in _____
Prov. _____ Via _____ CAP _____
con domicilio in _____ Prov. _____
Via _____ tel _____
Email _____ PEC _____

Manifesta il proprio interesse ad essere inserito nell'Albo dei Collaboratori Professionali Sanitari (CPS) per il conferimento di incarichi in regime libero-professionale per lo svolgimento di prestazioni sanitarie, presso il Centro di Medicina Preventiva, il Punto di Primo Intervento, Centro Odontostomatologico gestiti dall'IPA, nell'ambito delle seguenti categorie:

- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
- Igienista dentale

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)

- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di _____

ALLEGATO 1 – Schema domanda di partecipazione

- (oppure di non essere iscritto per il seguente motivo)

- _____
- di avere Cittadinanza (specificare quale) _____
 - di essere in possesso del Titolo di studio (specificare quale) _____
 - di essere iscritto all'Ordine (ove previsto, specificare quale) _____
_____ Provincia di _____ data di
iscrizione _____
 - 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:

 - PARTITA IVA _____
 - 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 milione;
- a) di non avere precedenti penali e/o procedimenti penali in corso
(in caso contrario indicare quali) _____
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;
- f) di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la propria integrità o affidabilità;
- g) di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

ALLEGATO 1 – Schema domanda di partecipazione

- h) 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: _____;
- i) di non trovarsi nelle situazioni di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi, al sopraggiungere nel corso dell'incarico di dette causa di inconferibilità o incompatibilità, a darne tempestiva comunicazione all'IPA.

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

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/00, la firma non è soggetta ad autenticazione)

Allegato: documento d'identità

INFORMATIVA AI SENSI 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 101/18 e dal Regolamento UE 679/2016.

IL DICHIARANTE
