

SCHEMA DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

AVVISO PUBBLICO

**PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI MEDICO FIDUCIARIO AL FINE DI VALUTARE L'EVENTUALE
CORRESPONSIONE DEI CONTRIBUTI MONETARI PREVISTI DAGLI ARTT. 4 E 5 DEL REGOLAMENTO DI
ASSISTENZA AGLI ISCRITTI DELL'IPA**

(Approvato con Determinazione Commissariale n. 140-2019 del 23/09/2019)

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 assumere l'incarico in regime libero professionale in qualità di "Medico Fiduciario" di IPA, nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità, economicità, efficienza, pubblicità, imparzialità, trasparenza e buon andamento della Pubblica Amministrazione, al fine di valutare l'eventuale corresponsione dei contributi previsti dagli artt. 4 e 5 del Regolamento per l'Assistenza agli Iscritti dell'IPA.

A tale proposito, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazioni e uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dal _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo;

- di essere in possesso del Diploma di Formazione specifica in Medicina Generale;
- di avere pregressa attività di Medico Generico fiduciario;
- di non essere destinatario di procedimenti conclusi nei propri confronti con l'adozione di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine di appartenenza;
- di non aver mai subito provvedimenti giudiziari relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi, al sopraggiungere nel corso dell'incarico di dette cause di incompatibilità, a darne tempestiva comunicazione all'IPA;
- di aver contratto idonea polizza assicurativa a copertura della propria responsabilità professionale;
- di non avere condanne penali e/o di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

I suddetti requisiti di competenza e professionalità devono essere dichiarati e documentati mediante curriculum professionale che deve essere allegato alla presente domanda, unitamente alla copia del documento di riconoscimento in corso di validità del professionista che sottoscrive la domanda, unitamente alla dichiarazione di impegno a non accettare incarichi di rappresentanza e difesa, né altri incarichi di consulenza da parte di terzi, pubblici o privati, contro IPA o in conflitto con gli interessi di IPA per la durata del rapporto instaurato.

- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni circa l'insorgenza di cause di incompatibilità e decadenza;

- di essere a conoscenza che l'IPA si riserva, se le suddette variazioni lo comportano, di revocarlo dagli incarichi;

- di essere a conoscenza che, in base al "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018", i

dati personali comunicati con la presente procedura saranno trattati dall'Amministrazione per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;

dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del predetto D.P.R. n.445/2000:

di non essere sottoposto a misura cautelare personale disposta dall'Autorità giudiziaria **ovvero** di essere sottoposto a misura cautelare personale disposta dall'Autorità giudiziaria ai sensi dei seguenti articolidel

[Barrare la casella che interessa]

di non essere stato condannato, anche con sentenza non definitiva, **ovvero** di essere stato condannato, anche con sentenza non definitiva, e la condanna è stata pronunciata ai sensi dei seguenti articoli seguenti articolidel

[Barrare la casella che interessa] (Questa dichiarazione deve essere resa anche se siano stati concessi: amnistia, indulto, sospensione della pena, beneficio della non menzione, depenalizzazione, etc.)

di non essere stato oggetto di sentenza di applicazione della pena ai sensi degli articoli 444 e seguenti del c.p.p. **ovvero** di essere stato oggetto di sentenza di applicazione della pena ai sensi degli articoli 444 e seguenti del c.p.p. per i seguenti reati.....;

[Barrare la casella che interessa]

di non avere un procedimento penale pendente in relazione ai reati previsti dal D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, **ovvero** di avere un procedimento penale pendente, in relazione ai reati previsti dal D.lgs. 8 giugno 2001, n. 231 avviato ai sensi dei seguenti articolidel citato decreto;

[Barrare la casella che interessa]

di non avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stato oggetto di informazioni di garanzia, o sia già stato rinviato a giudizio o sia stata già emessa la richiesta di rinvio a giudizio **ovvero** di avere procedimenti penali pendenti per i quali sia stato oggetto di informazioni di garanzia, o sia già stato

rinvio a giudizio o sia stata già emessa la richiesta di rinvio a giudizio e che il procedimento è stato avviato ai sensi dei seguenti articolidel

[Barrare la casella che interessa].

- di essere consapevole che l'IPA potrà procedere ad effettuare idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e che, fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, decadrà dall'incarico eventualmente conferito;

Ai fini della validità delle dichiarazioni di responsabilità rese, il sottoscritto allega la fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente a IPA eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018", autorizza IPA al trattamento, anche con strumenti informatici, dei propri dati personali per le finalità connesse all'Avviso.

Luogo _____ data _____

(Firma leggibile)

Si allega alla presente:

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.

Luogo _____ data _____

(Firma leggibile)