Domanda per la stipula di un contratto d’opera libero-professionale: medico/a – disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000). Una dichiarazione mendace comporta la decadenza dai benefici conseguenti al procedimento emanato sulla base della dichiarazione** |
| DATI PERSONALI |
| cognome ............................................................................................................................................ (1)nome .....................................................................................................................................................nato/a a .................................................................................. il ............................................................codice fiscale ………………………………………………………………… Partita IVA …………………………………………………………………………….residente a ........................................................................... CAP ...........................................................via ........................................................................................ n. ............................................................ |
|  **Servizi in qualità di medico/medica nella disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| DICHIARO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ: |
|  a) di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia..........................................................................................................................................................(nome dell’Università, luogo e data) |
| di essere in possesso del riconoscimento italiano della laurea conseguito all’estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al seguente ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  b) di essere in possesso della specializzazione/i in …………………………………………………………………………………………….......................................................................................................................................................... (disciplina, nome dell’Università, luogo e data) |
| di essere in possesso del riconoscimento italiano della laurea conseguito all’estero (riconoscimento rilasciato dal seguente ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o domanda di riconoscimento inoltrato il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al seguente ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| c) di essere iscritto/a all’ordine dei medici della provincia di............................................. con data ......................................e.n. .............................. |
| d)  di non avere mai riportato condanne penali e di non essere sottoposto a procedimenti penali;  di essere sottoposto al seguente procedimento penale: ……………….…………………………………………………………………  di aver riportato le seguenti condanne penali (sono da indicare anche le condanne penali per reati che sono stati dichiarati estinti nonché quelle che hanno beneficiato della non menzione nel casellario giudiziale): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………. |
|  e)  non trovarsi in situazioni di incompatibilità previsti dalla legge, di non avere in corso un rapporto di lavoro dipendente presso enti e strutture pubbliche, di non essere titolare di rapporti convenzionali con il S.S.N. e di non avere titolarità di impresa e/o di compartecipazione in quote di imprese che possono configurare conflitti di interesse con il S.S.N. |
| f)  che i documenti allegati corrispondono all’originale |
| I dati raccolti vengono utilizzati al fine dell’individuazione dell’aspirante per la stipula del contratto d’opera libero professionale e le attività ed obblighi connessi. Competono tutti i diritti previsti dall’art. 13 del Regolamento UE 2016/679. Titolare dei dati è l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige nella persona del rappresentante legale, con sede legale in via T. A. Edison 10/D, 39100 Bolzano. |
| Autorizzo l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige al trattamento dei dati rilevati per la stipula del contratto d’opera libero professionale e le attività ed obblighi connessi. |
| **Indirizzo per comunicazioni** |
| Via .............................……....……………………………………………………………..……………...... n. .......................................CAP ......................... loc. ......................................................................................................................n. tel./cellulare: .............................................. indirizzo PEC ……………………………………………………………………………..E-Mail: .................................................................................................................................................. |
| data: ............................... firma: ............................................................................... |
| eventuali cambiamenti di recapito sono da comunicare immediatamente. Non si assumono responsabilità derivanti dalla mancata comunicazione |

|  |
| --- |
| I SEGUENTI DOCUMENTI SONO DA ALLEGARE: |
| Fotocopia di una carta d’identità valida (non viene accolta la patente di guida) |
| Curriculum vitae (datato e firmato) |