

Spett.le

ASP "Centro Servizi alla Persona"

Via Ripagrande, 5

44121 Ferrara

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

di partecipare all'avviso pubblico di procedura comparativa per il conferimento dell'incarico libero-professionale presso Asp. Di Psicologo nell'ambito dell'Accordo di Programma per il potenziamento della rete di servizi per le malattie dementigene e per i malati di Alzheimer ai sensi dell'art. 7, comma 6, d.lgs. 30.03.2001, n. 165 e ss.mm.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n° 445 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo DPR nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, **dichiara** sotto la propria responsabilità:

- di essere nato/a _____ il _____
- di essere residente a _____ (C.A.P. _____) in via _____

-
- di essere in possesso della cittadinanza Italiana

ovvero

- di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea _____

ovvero

- di essere cittadino di Paese non comunitario _____
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (in caso di mancata iscrizione, indicare il motivo) ovvero per i cittadini degli Stati Membri dell'Unione Europea e di Paese non comunitario, dichiarazione di godimento dei diritti civili e politici nello

Stato di appartenenza ovvero i motivi del mancato godimento dei diritti stessi e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

- di essere in possesso del seguente Codice Fiscale: _____
- di non aver subito condanne penali;

oppure:

- di aver riportato le seguenti condanne penali _____
- di essere nella seguente situazione nei riguardi degli obblighi di leva: _____
- di aver conseguito i seguenti titoli di studio:

Titolo di studio _____ conseguito presso
_____ il _____

Titolo di studio _____ conseguito presso
_____ il _____

- di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione universitaria:

specializzazione in _____ conseguita presso
_____ il _____

specializzazione in _____ conseguita presso
_____ il _____

- di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal : _____
- di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei _____ della
provincia/regione di _____ a decorrere dal
_____ al n° _____

- di non rientrare nella fattispecie di cui all'art.5 -comma 9- del decreto legge 6.7.2012 n.95, convertito in Legge 7.8.2012, n.135 (collocamento in quiescenza da una Pubblica Amministrazione con svolgimento nel corso dell'ultimo anno di servizio di funzioni e attività corrispondenti a quelle oggetto dell'incarico di cui al presente avviso pubblico) e nella fattispecie di cui all'art.25 della legge 23.12.1994, n.724 (volontariamente cessato dal servizio

da codesta Azienda Ospedaliera nell'ultimo quinquennio per collocamento a riposo per anzianità di servizio o per pensione anticipata per anzianità);

- di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi.
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o temporanea dagli uffici pubblici;
- di non avere procedimenti giudiziari pendenti nei confronti dell'ASP
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi o di incompatibilità con riferimento agli incarichi, di cui all'art. 1 comma 42 lettera h) della Legge 190/2012;
- di essere titolare di Partita I.V.A. n° _____
- di aver svolto attività professionale come sotto indicato:

Struttura pubblica / privata	Periodo		Qualifica	Tipo di rapporto (*)
	data inizio (gg/mm/aa)	data fine (gg/mm/aa)		

(*) indicare se con rapporto di dipendenza o con rapporto di lavoro autonomo, precisando comunque l'impegno orario

- di essere in possesso delle seguenti esperienze professionali specifiche rispetto all'oggetto dell'incarico:

.....
.....
.....

che l'incarico non configura rapporto di lavoro subordinato né può trasformarsi in lavoro dipendente a tempo indeterminato;

- di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____ C.a.p. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono n° _____
Cellulare _____ Mail _____ Pec _____

- di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Al riguardo dichiara di essere a conoscenza che:

- il titolare del trattamento dei dati personali è l'ASP "Centro Servizi alla Persona"
- i dati personali raccolti sono utilizzati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per la selezione del personale al fine dell'attribuzione degli incarichi e che il loro conferimento è obbligatorio per il corretto svolgimento dell'istruttoria e per gli adempimenti successivi;
- nel caso di conferimento di incarico saranno altresì utilizzati per le finalità connesse allo svolgimento dell'incarico stesso e potranno essere comunicati a terzi per adempimenti normativi;
- ai sensi di legge, i nominativi dei consulenti che collaborano con l'ASP, l'oggetto, la durata e il compenso dell'incarico saranno raccolti in apposito elenco, soggetto alle forme di pubblicità previste dalla legge.

Allega alla domanda:

- curriculum formativo- professionale datato e firmato
- eventuali titoli (pubblicazioni, attestati, altri documenti)

Data _____

Firma *

*** allegare fotocopia non autentica di documento di identità in corso di validità alla data della presentazione della domanda, nonché, per i cittadini di Paese non comunitario, copia fotostatica della carta/permesso di soggiorno in corso di validità alla data di presentazione della domanda.**