

**(DOMANDA PARTECIPAZIONE AVVISO FORMAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI  
DISPONIBILI AD ASSUMERE L'INCARICO DI MEDICO CURANTE)**

**Spett. le I.P.A.B.  
"Opera Pia Raggio di Sole  
Via Sette Martiri n. 48  
35143 Padova**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

con recapito a (da compilarsi solo in caso di recapito diverso dalla residenza)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare alla procedura di valutazione comparativa per la formazione di un elenco di medici disponibili ad assumere incarico di MEDICO CURANTE presso la Casa Soggiorno "A. De Giovanni" di Barbarano Mossano.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, dichiara sotto la propria responsabilità *(devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)*:

**1 - cittadinanza:**

- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di altro stato membro dell'Unione Europea
- di essere cittadino \_\_\_\_\_

**2 - diritti civili:**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali

**3 - titolo di studio:**

- di essere in possesso del titolo di studio di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- conseguito presso \_\_\_\_\_
- in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4 - Albo:**

( ) di essere iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_

di essere altresì in possesso dei requisiti richiesti dall'avviso.

**ELENCO DEI DOCUMENTI ALLEGATI:**

1. CURRICULUM VITAE (obbligatorio).

Il/la sottoscritto/la dichiara che, quanto indicato nella presente domanda, è conforme al vero, di avere preso visione delle informazioni comunicate dall'I.P.A.B. "Opera Pia Raggio di Sole" ai sensi della legge 196/2003 e del GDPR nell'avviso e di aver liberamente preso atto che i propri dati personali sono raccolti e trattati al fine della esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative alla presente selezione.

**data** \_\_\_\_\_

**firma** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsabile del Procedimento:  
Rossi dott. Paolo