

Spett.le

**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona**

**“San Giuseppe” di Primiero**

Viale Marconi n.19

38054 Primiero San Martino di Castrozza (TN)

**MANIFESTAZIONE INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO IN LIBERA  
PROFESSIONE DI ASSISTENZA MEDICA ANNO 2026.**

Il/La sottoscritto/a .....	
nato/a a.....il.....	
residente in via.....	
CAP.....	città.....
prov.....	
numero telefono.....	numero cellulare.....
indirizzo e-mail:.....	
indirizzo PEC:.....	
CODICE FISCALE:	

**C H I E D E**

di partecipare alla **SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO IN LIBERA  
PROFESSIONE DI ASSISTENZA MEDICA PER L'ANNO 2026.**

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”.

**D I C H I A R A**

di essere in possesso della cittadinanza.....;

*Solamente per i cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione europea:*

godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

SI     NO

(barrare la casella interessata)

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

SI     NO

(barrare la casella interessata)

di aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici

SI     NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

\_\_\_\_\_ ;

di aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

SI     NO

(barrare la casella interessata)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda

SI     NO

(barrare la casella interessata)

di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

SI     NO

(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI     NO

(barrare la casella interessata)

**Requisito d'ammissione**

essere in possesso della **Laurea** in .....

conseguito in data .....

presso l'Università di.....

sita in.....

di essere iscritto all'**albo dell'ordine dei medici** della Provincia/Regione di.....

dal..... N° di iscrizione .....

di essere in possesso della seguente **specializzazione**:

1) Disciplina: .....

conseguita in data.....presso l'Università di.....

2) Disciplina:.....

conseguita in data.....presso l'Università di.....

di aver frequentato il corso di formazione specifico per Coordinatori di RSA promosso dalla Provincia di Trento;

di NON aver frequentato il corso di formazione specifico per Coordinatori di RSA promosso dalla Provincia di Trento;

di essere in possesso di idonea copertura assicurativa;

di godere di condizioni di salute idonee all'esercizio della professione medica     SI     NO;

di essere in regola con i crediti ECM               SI               NO;

di aver maturato la seguente esperienza in R.S.A.:

**Allega** alla presente domanda:

- Curriculum professionale formato UE
  - Carta di identità
  - 
  -

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui al Reg. UE 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

## Data

## Firma leggibile

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

**Spazio riservato all'ufficio**

Si attesta che la presente domanda

- è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.
  - è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità

## Primiero San Martino di Castrozza,

### L'incaricato