

FAC-SIMILE DOMANDA

**Al Direttore Generale
Grande Ospedale Metropolitano
Bianchi – Melacrino – Morelli
REGGIO CALABRIA**
protocollo@pec.ospedalerc.it

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ alla via _____

n. telefonico _____ e-mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere iscritto alla short list per la Categoria Periti informatici (cod.18)

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 DPR 28/12/2000 n° 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali,

DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato con deliberazione n° _____ del _____ di codesta Azienda e pubblicato in forma integrale sul sito ufficiale aziendale;
- di essere in possesso di (indicare il titolo di studio);
- di essere in possesso del richiesto requisito di particolare e comprovata esperienza in relazione alla categoria in cui chiede l'iscrizione come attestato dall'allegato curriculum.

Dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;

- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere a conoscenza di indagini penali pendenti a proprio carico;
- di non aver subito provvedimenti disciplinari né di averne in corso;
- di non assistere a qualsiasi titolo terzi in vertenze o controversie (giudiziali e/o stragiudiziali) in essere contro l'Azienda;
- di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nella short list non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell'Azienda né, tantomeno, il diritto ad ottenere alcuna remunerazione.
- di accettare espressamente tutte le condizioni indicate nell'Avviso di codesta Azienda;
- di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nella short list determinerà l'obbligo all'atto dell'eventuale conferimento del singolo incarico e/o dei singoli incarichi, che il pagamento dei compensi avvenga secondo le tariffe in vigore presso codesta Azienda.
- di non trovarsi in posizione di conflitto di interessi con l'Azienda.
- di essere in possesso di polizza assicurativa professionale n. _____ emessa dalla Compagnia con massimale di euro _____ e di aver corrisposto alla data odierna tutti i premi assicurativi. (**per le società di consulenza**)

Allega:

- dettagliato curriculum professionale con allegata attestazione relativa ai titoli ed alle esperienze professionali resa ai sensi del DPR .n. 445/2000.
- fotocopia fronte/retro di valido documento di identità con firma autografa.

*Il/la sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui alla Legge n° 675/96 e D. Lgs n° 196/03 **ivi inclusa l'autorizzazione alla pubblicazione del proprio curriculum sul sito Web Aziendale.***

L'indirizzo PEC presso cui si desidera ricevere eventuali comunicazioni è il seguente:

 Luogo e data, _____ firma leggibile _____