

**PROCEDURA SELETTIVA PER TITOLI FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO
DI DIRETTORE SANITARIO PRESSO LA CASA DI RIPOSO “C. CORRADO” IN ALBISSOLA
MARINA PER UN PERIODO DI ANNI TRE DECORRENTE DALLA DATA DI INIZIO DEL
SERVIZIO.**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a il

a.....

Codice fiscale/Partita IVA

Residente invia

Telefono.....

Indirizzo e-mail.....PEC.....

In possesso del titolo di studio di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli studi di

.....e di specializzazione in

conseguito presso

di avere maturato nr.anni di esperienza almeno triennale acquisita presso la /e struttura/e

residenziale/i per anziani autorizzata/e e/o accreditata/e.....

.....

.....

Iscritto all'Ordine dei Medici didal.....

abilitato all'esercizio della professione medica dal.....

Partita Iva.....

Con sede legale invia.....

Telefono.....

Indirizzo e-mail.....PEC.....

**Manifesta il proprio interesse a partecipare alla procedura selettiva per titoli finalizzata all'affidamento dell'incarico
di Direttore Sanitario presso la Casa di Riposo C. Corrado in Albissola Marina per un periodo di anni tre decorrente
dalla data di inizio del servizio.**

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

1. Essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
2. Godere dei diritti civili e politici;
3. Essere iscritto all'Ordine dei Medici didal.....;
4. Di essere abilitato all'esercizio della professione medica dal.....
5. Non trovarsi in alcuna condizione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
6. Non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità all'incarico;
7. Non essere destinatario di procedimenti conclusi con l'adozione di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine dei Medici di appartenenza;
8. Essere in possesso di polizza assicurativa per la copertura della propria responsabilità professionale con massimale non inferiore a € 1.000.000 (un milione);
9. Non trovarsi in situazione di incompatibilità o conflitto di interessi con il Comune di Albissola Marina, come previsto dall'ordinamento giuridico e dai principi deontologici dell'Ordine;
10. Di aver preso visione e di accettare senza riserva alcuna le previsioni contenute nell'avviso relativo alla procedura in oggetto, nella determinazione di approvazione del medesimo e negli atti ivi richiamati;
11. Impegnarsi a comunicare al Comune di Albissola Marina ogni eventuale atto modificativo alla presente dichiarazione;
12. di possedere l'idoneità fisica all'incarico;
13. di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nel cv ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).
14. che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata è

Data,

Firma

Allega:

- copia documento di identità;
- curriculum professionale datato e sottoscritto;
- dichiarazione del candidato medico sostituto corredata di copia fotostatica del documento di identità