*Fac-simile* **Al Direttore della s.c. SITRA**

**Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**

*Via Venezian 1*

20133 Milano

Il/la sottoscritto/a ………………………………………, visto l’avviso prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**chiede**

di essere ammesso alla selezione pubblica per titoli per il conferimento di n. 10 incarichi di collaborazione libero professionale di area infermieristica.

A tal fine,

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,**

**dichiara**

* di essere nato/a a ……………………………………….…. il …………………;
* di essere residente a …………………………….…. (c.a.p.) ………………..in via…………………….…;
* codice fiscale…………………………… partita IVA ……………………………
* di essere in possesso della cittadinanza ………………………………………………*(specificare se italiana o di altro Stato);*
* di essere iscritto/a nelle liste del Comune di ……………………………….………;

(*oppure indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime*

……………………………………………………..……………………);

* di non aver riportato condanne penali (*oppure: di aver riportato le seguenti condanne penali*

…………………………………………………………………);

* di non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una pubblica amministrazione;
* di aver conseguito il seguente titolo di studio ……………………………..presso l’Istituto/Università

………………………i ………prov. ………………………………………………in data ……………..;

* di essere iscritto nell’albo ……………………………………. prov. ………………..

con il n. ……………………… (indicazione iscrizione albo);

* di aver prestato o di prestare i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni con la precisazione della motivazione della eventuale cessazione:
* di aver prestato servizio presso …………………………….prov. …….

nel profilo di ……………..…………………………………………………………

dal …………………………… al ………………………………………, motivi cessazione dal servizio:……… (oppure di non aver prestato servizio presso pubbliche amministrazioni);

Il sottoscritto dichiara inoltre:

* di non essere dipendente della Pubblica Amministrazione;
* di non avere altri rapporti in regime di convenzione con il S.S.N.e con strutture sanitarie private accreditate;
* di non essere titolare di impresa, né di avere compartecipazioni in quote di imprese che possano configurare conflitti di interesse con il S.S.N.;
* di impegnarsi a stipulare, con oneri a proprio carico, idonea polizza assicurativa per colpa grave comunicandone gli estremi (compagnia, numero di polizza e massimale pari ad almeno € 1.000.000,00) prima dell’inizio della collaborazione;
* di essere consapevole che l’incarico di cui alla presente domanda non configura rapporto di lavoro subordinato dipendente né può trasformarsi in lavoro dipendente a tempo indeterminato.

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.03 n. 196 e del Regolamento UE/2016/679 autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra riportati.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio al quale deve ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento UE/2016/679: i dati personali forniti, con la presente dichiarazione, saranno trattati per le finalità di gestione della procedura e per quelle connesse all’eventuale procedimento di conferimento dell’incarico di cui trattasi.

(Data), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il sottoscritto allega la seguente documentazione: copia carta di identità; elenco dei documenti presentati; curriculum formativo e professionale datato e firmato.