

**Allegato A**

Spett.le  
**s.c. Affari Generali e Legali**  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori  
Via Venezian n. 1  
20133 – Milano

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE “ELENCO DI MEDICI SPECIALISTI IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI” PER L’AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI PER L’ATTIVITA’ DI CONSULENTE TECNICO NEL SETTORE DEL CONTENZIOSO GIUDIZIARIO DI RESPONSABILITA’ MEDICO-CHIRURGICA.**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato / a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nell’Elenco di Medici Specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, ai sensi delle disposizioni di cui all’art.76 del D.P.R. n. 445 del 2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- di essere nato /a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso di cittadinanza di uno degli Stati membri dell’Unione Europea ovvero cittadinanza di uno degli stati non comunitari e possesso di permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente e in corso di validità);
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato sentenze di condanna penale, decreti penali di condanna divenuti irrevocabili oppure sentenze di applicazione della pena su richiesta (art. 444 c.p.p.), per reati che incidano sulla moralità e condotta professionale;
- che nel casellario giudiziale sono presenti le seguenti iscrizioni, ivi comprese quelle accompagnate dal beneficio della non menzione:  
\_\_\_\_\_;
- di non aver commesso violazioni definitivamente accertate rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato membro in cui il professionista è stabilito;
- di non avere contenzioso pendente contro la Fondazione e di non trovarsi in situazioni sfocianti in conflitto di interesse;
- di non essere fiduciario di Compagnie di Assicurazione e/o di società di brokeraggio;
- di non aver ricevuto alcun provvedimento disciplinare definitivo da parte dell’Ordine professionale di appartenenza;

- di rispettare gli obblighi deontologici di riservatezza in merito alle questioni ed alle materie trattate per conto dell'Amministrazione;
- di essere laureato in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni;
- di essere regolarmente iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal giorno \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni in data \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a svolgere personalmente l'incarico affidatogli e di accettare il Tariffario adottato dalla Fondazione (Allegato C);
- di essere in possesso, altresì, di particolare e comprovata esperienza nelle seguenti materie:  
\_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di assicurazione per la responsabilità civile per i rischi derivanti dallo svolgimento di attività professionale in corso di validità;
- di non essere dipendente pubblico e di non essere a conoscenza di qualsivoglia causa di incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- di essere dipendente pubblico c/o \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a comunicare alla Fondazione ogni eventuale atto modificativo delle dichiarazioni presentate e di essere a conoscenza che, se tali modifiche dovessero comportare la perdita dei requisiti, la Fondazione si riserva di procedere alla cancellazione dall'Elenco e alla revoca per l'effetto gli incarichi conferiti;
- di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nell'Elenco dei Medici Legali della Fondazione non comporta alcun diritto ad essere affidatari d'incarico da parte della Fondazione;
- che la sede del proprio Studio Medico, il recapito telefonico, l'indirizzo di posta elettronica certificata, l'indirizzo di posta ordinaria e il numero della Partita IVA sono i seguenti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- di autorizzare la Fondazione al trattamento dei dati personali;

Allega alla presente domanda:

- curriculum vitae* e professionale;
- fotocopia del documento di identità;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Allegato B);
- accettazione del Tariffario (allegato C).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_