

## MODELLO DI DOMANDA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale  
Spedali Civili di Brescia  
Piazzale Spedali Civili, N 1  
Brescia

**Avviso pubblico per incarico Libero professionale a .....**

**presso l'U.O. ....**

**Dipartimento.....**

**Presidio.....**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... (prov.....) il .....

Codice fiscale.....

Residente in..... (prov. ....)

In via.....n. .... cap. ....

Telefono..... e-mail .....

Recapito da indicare per eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza indicata) .....

.....

### **Chiede**

Di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per l'affidamento di un contratto di collaborazione libero professionale per .....

- Presso l'U.O. di .....- Dipartimento di .....

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e

agli effetti di cui agli art. 46, 47 del DPR 445/2000

## Dichiara

1) di essere nato a..... il .....

2) di essere residente a.....

3) di possedere la cittadinanza italiana , o equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, o

.....

4) di essere in possesso del seguente Titolo di studio (**specificare sempre il voto finale**):

.....

.....

Conseguito il ..... Rilasciato da .....

.....

Nel caso di titolo rilasciato all'estero indicare gli estremi del provvedimento attestante

l'equipollenza.....

.....

5) di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (solo per i cittadini non italiani)

6) di avere adeguata conoscenza della seguente lingua europea .....

7) di non prestare servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero di prestare servizio

specificando l'amministrazione di appartenenza

.....  
.....

8) di non essere stato dichiarato decaduto da un pubblico impiego per produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile, (in caso contrario indicare i motivi):

.....

9) di godere di diritti civili e politici, in caso di mancato godimento indicarne i Motivi:

.....

10) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di .....

(in caso di non iscrizione o cancellazione indicare i motivi).....

11) di non avere procedimenti penali e /o amministrativi pendenti ( in caso contrario indicare i procedimenti e l’Autorità giudiziaria di qualsiasi grado italiana o estera):

.....  
.....

12) di non avere riportato condanne penali, non essere stati sottoposti a provvedimenti definitivi di misure di sicurezza o di prevenzione, nonché l’esistenza di qualsiasi precedente giudiziario iscrivibile nel casellario giudiziario a norma di legge (in caso contrario elencare le condanne penali riportate, i provvedimenti definitivi di misure di sicurezza o di prevenzione, non menzione, amnistia, condono, indulto o perdono giudiziale, nonché l’esistenza di qualsiasi precedente giudizio iscrivibile nel casellario giudiziario a norma di legge)

.....  
.....

il/la sottoscritto/a dichiara infine:

- di essere a conoscenza che l'Azienda Socio Sanitaria degli Spedali Civili di Brescia non assume alcune responsabilità in caso di dispersione di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito o da tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo, né per eventuali disguidi postali o di posta elettronica non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.
- in caso di attribuzione dell'incarico, impegno a cedere all'Azienda ogni e qualsiasi diritto esclusivo di pubblicare, utilizzare economicamente e cedere a terzi il materiale relativo alla collaborazione di cui sopra;
- Di essere consapevole che l'incarico di collaborazione non configura rapporto di lavoro subordinato e non è trasformabile in rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato;
- Di non trovarsi in situazioni di conflitto di interesse con l'Azienda o in situazioni di incompatibilità a causa di altri incarichi ricoperti.

**I dati personali forniti saranno trattati dall'ASST Spedali Civili di Brescia in qualità di Titolare del trattamento, al solo fine di dare seguito al procedimento amministrativo di selezione, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali (RGPD 679/2016 ) e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).**

Data.....

Firma.....

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/la Signor.....  
nat.....a.....il.....  
residente a .....via.....n.....  
titolare del seguente documento .....n.....  
rilasciato da ..... il .....  
ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sulle circostanze indicate, per .....  
.....  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

Che le copie allegare relative a:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

sono conformi all'originale.

.....  
(luogo e data) (il dichiarante)

**NB: Nel caso la presente dichiarazione non sia resa in presenza di un pubblico  
funzionario,**

**l'interessato è tenuto ad allegare copia semplice del documento d'identità**

---

Attesto che il dichiarante Signor.....  
ha reso e sottoscritto in mia presenza la suestesa dichiarazione  
IL FUNZIONARIO INCARICATO

.....  
Data.....

Informativa ai sensi del RGPD 679/2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali  
(D.Lgs. 196/2003): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai  
fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a..... nat....a .....  
il.....residente a.....via.....n.....  
documento di riconoscimento..... n.....  
rilasciato da .....il.....  
consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o  
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

## DICHIARA

(1)

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

.....  
conseguito presso.....  
con sede in..... in data .....  
votazione .....

di essere iscritto/a nell'albo/elenco/ordine

.....della Provincia di .....  
al n. .... dal .....

(2)

di essere in possesso del Diploma di Specializzazione nella disciplina .....  
.....  
conseguito presso.....  
con sede in..... in data .....  
votazione .....

ai sensi del D.Lgs. n. .... numero legale anni di corso .....  
.....  
.....

.....,  
luogo data (il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del RGPD 679/2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(1) Segnare le ipotesi che interessano.

(2) Specificare se specializzazione conseguita ai sensi del Dlgs 257/91 e numero legale anni di corso.

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**(IN CASO DI PIU' CORSI/CONVEGNI UTILIZZARE PIU' MODULI)**

Il/la sottoscritto/a.....nat....a .....  
il.....residente a.....via.....n.....  
documento di riconoscimento..... n.....  
rilasciato da .....il.....  
consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o  
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

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

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....  
(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....  
(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....  
(data svolgimento corso/convegno)

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....  
(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....  
(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....  
(data svolgimento corso/convegno)

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....

(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....

(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....

(data svolgimento corso/convegno)

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....

(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....

(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....

(data svolgimento corso/convegno)

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....

(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....

(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....



(data svolgimento corso/convegno)

- di aver partecipato al corso di aggiornamento/convegno: (titolo corso/convegno)

.....  
.....

in qualità di ..... (relatore/partecipante)

organizzato da:

.....

(ente/società organizzatrice)

effettuato presso .....

(sede corso/convegno)

in data ..... per complessive ore .....

(data svolgimento corso/convegno)

.....

luogo data (il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del RGPD 679/2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**(IN CASO DI PIU' SERVIZI UTILIZZARE PIU' MODULI)**

Il/la Signor.....

nat.....a..... il .....

residente a ..... Via.....

documento di riconoscimento

.....n.....

rilasciato da.....il.....

consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

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

di avere prestato / di prestare attività lavorativa presso:

- Azienda/Ente <sup>(1)</sup>:

.....

Da:(gg/mm/aa inizio) ..... A: (gg/mm/aa fine, oppure a tutt'oggi) .....

Qualifica .....

Disciplina ..... Categoria .....

(per Medici)

(per comparto)

dipendente a tempo: ..... con rapporto di lavoro a tempo.....

(determinato / indeterminato)

(pieno/part-time indicare percentuale)

per un numero di ..... ore lavorative/settimanali

Il/La sottoscritt... dichiara che gli sono state attribuite: funzioni di coordinamento:

(specificare).....

Posizione Organizzativa (specificare)

.....

A sensi ..... a decorrere dal..... fino a .....

Il/La sottoscritt... dichiara che gli sono stati conferiti i seguenti incarichi:

dirigenziale di struttura (specificare)

.....

di natura professionale,studio/ricerca

(specificare).....

A sensi ..... a decorrere dal..... fino a .....

Il/La sottoscritt... dichiara di aver usufruito di un periodo di aspettativa senza assegni dal

..... Al ..... per motivi .....

Il/La sottoscritt... dichiara altresì che ricorrono / non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20/12/79 n. 761. (2)

.....,

luogo data (il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del RGPD 679/2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la Signor.....

.nat.....a..... il .....

residente a..... Via.....

documento di riconoscimento

.....n.....

rilasciato da.....il.....

consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### D I C H I A R A

di avere prestato / di prestare attività :

- con incarico libero professionale /Co.Co.CO.

Qualifica

.....

Disciplina ..... Categoria .....

(per Medici)

(per comparto)

presso ..... nell'ambito del progetto

..... per un

numero di ..... ore lavorative/settimanali



.....  
luogo data (il/la dichiarante)

Informativa ai sensi del RGPD 679/2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003): i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(1) Specificare se Azienda del SSN o Struttura Convenzionata/Accreditata o Pubblica Amministrazione o Istituto Privato