

AL MINISTERO DELL'INTERNO
DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
<indicare la denominazione del Centro/Polikambulatorio/U.S.P. e l'indirizzo PEC>

...I...sottoscritt...Dott./Prof....(nome) _____ (cognome) _____
nato a _____ prov. (_____) il (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / _____ ,
residente in (comune) _____ (prov. _____) via/piazza _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ ,
codice fiscale _____
recapito/i telefonico/i _____ , e-mail _____
PEC _____

C H I E D E

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per l'affidamento di incarichi di collaborazione per l'anno 2024 a medici-chirurghi, psicologi e altri professionisti sanitari esterni per prestazioni specialistiche, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. 165/2001, per le esigenze dell'Ambulatorio polispecialistico del Compendio "Viminale", dei Centri specialistici del Servizio Operativo Centrale di Sanità, dei Centri Sanitari Polifunzionali di Milano, Napoli e Palermo afferenti alla Direzione Centrale di Sanità e di taluni Uffici Sanitari Provinciali della Polizia di Stato

S P E C I F I C A

di richiedere il conferimento dell'incarico di collaborazione per l'anno 2024:

- per la disciplina / branca specialistica (tra quelle indicate nell'avviso pubblicato):

- presso il Centro / Ambulatorio polispecialistico / Questura - Ufficio Sanitario Provinciale
(contrassegnare la/e voce/i di interesse con una X nel relativo riquadro):

Direzione Centrale di Sanità – Servizio Affari Generali di Sanità – Ambulatorio polispecialistico del Compendio "Viminale"	
Direzione Centrale di Sanità – Servizio Operativo Centrale di Sanità – Centro clinico di medicina preventiva e di medicina legale	
Direzione Centrale di Sanità – Servizio Operativo Centrale di Sanità – Centro di ricerche di laboratorio e di tossicologia Forense	
Direzione Centrale di Sanità – Servizio Operativo Centrale di Sanità – Centro di neurologia e psichiatria	
Ufficio di Coordinamento Sanitario per le regioni Lombardia-Emilia Romagna – Centro Sanitario Polifunzionale, Milano	
Ufficio di Coordinamento Sanitario per le regioni Campania-Molise-Puglia-Basilicata – Centro Sanitario Polifunzionale, Napoli	
Ufficio di Coordinamento Sanitario per le regioni Sicilia-Calabria – Centro Sanitario Polifunzionale, Palermo	
Questura – Ufficio Sanitario Provinciale di _____	

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, richiamate all'art. 76 del citato D.P.R., sotto la propria personale responsabilità

D I C H I A R A

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino di uno degli Stati membri dell'Unione Europea (*nel secondo caso specificare* _____);
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- d) di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- e) l'insussistenza di eventuali cause o condizioni di inconferibilità e di incompatibilità e di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ivi compresi i rapporti di coniugio, di stabile convivenza e di parentela entro il secondo grado con il personale del Dipartimento della Pubblica Sicurezza deputato alle procedure di selezione;
- f) di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita presso l'Università _____ di _____, in data _____ con voto _____;
- g) di essersi abilitato all'esercizio della professione di ☐ Medico – Chirurgo ☐ Psicologo ☐ altra professione sanitaria (*specificare*) _____, presso l'Università _____ di _____, nella _____ sessione dell'anno _____;
- h) di essere iscritto all'Albo dei/degli _____ di _____ dal (gg/mm/aaaa) ____ / ____ / _____, con n° _____;
- i) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito presso l'Università _____ di _____, in data _____ con voto _____;
- j) di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e attestati di perfezionamento attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta (*specificare titolo o abilitazione derivante dall'attestato, Ente rilasciante, luogo e data di conseguimento*):
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
- k) di essere in possesso di altri titoli accademici non attinenti alla disciplina / branca specialistica richiesta:
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____

- l) di ☐ non ricoprire ☐ ricoprire uno dei seguenti incarichi accademici:
- ☐ professore ordinario
 - ☐ professore associato
- m) di ☐ non ricoprire ☐ ricoprire uno dei seguenti incarichi dirigenziali presso Aziende o Enti del S.S.N.:
- ☐ incarico di direzione di struttura complessa o equivalente
 - ☐ incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale/distrettuale o equivalente
 - ☐ incarico di direzione di struttura semplice o equivalente
 - ☐ incarico professionale di alta specializzazione o equivalente
 - ☐ incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo o equivalente
 - ☐ incarico professionale di base o equivalente
- n) di aver prestato servizio presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale nella disciplina / branca specialistica richiesta per complessivi anni _____; in particolare, dichiara di aver prestato servizio alle dipendenze di:
- Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
 - Denominazione dell'Ente _____
(specificare se trattasi di Ente Pubblico o Ente Accreditato)
Periodo dal _____ al _____
- o) di aver già prestato servizio a qualsiasi titolo presso l'Amministrazione della Pubblica Sicurezza:
No ☐ Sì ☐ per complessivi anni _____ Periodo dal _____ al _____;
- p) di aver richiesto l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza, ai sensi dell'art. 53, comma 8, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, consapevole che la medesima costituisce condizione indispensabile per il perfezionamento del contratto / convenzione;
- q) di essere in possesso di Partita IVA _____
(da valorizzare solo da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale)
- r) di avere copertura assicurativa RC professionale con la compagnia _____,
numero polizza _____, con decorrenza _____ e scadenza _____;
(da valorizzare da parte dei professionisti operanti in regime libero-professionale e da coloro che sono dipendenti da Enti / Aziende del S.S.N. qualora non coperti da polizza aziendale)
- s) di essere in possesso di Firma Digitale: Sì ☐ No ☐
- t) di eleggere quale domicilio per ogni comunicazione relativa all'avviso il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: _____;

- u) di accettare espressamente tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico, e di essere consapevole che lo stesso non è impegnativo per l'Amministrazione la quale si riserva, in ogni caso e in qualsiasi momento, il diritto di sospendere, interrompere, modificare o cessare la procedura, consentendo a richiesta degli interessati la restituzione della documentazione inoltrata, senza che ciò possa costituire diritto o pretesa di qualsivoglia natura, indennizzo o rimborso dei costi eventualmente sostenuti per la partecipazione;
- v) di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm. e ii., esclusivamente per la finalità degli adempimenti amministrativi previsti dall'avviso e per la gestione dell'incarico convenzionale.

Alla presente si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data: _____

Firma
