

Spettabile

A.P.S.P. Clementino Vannetti

Via Vannetti, 6

38068 – Rovereto (TN)

PEC: [apspvannetti@pec.it](mailto:apspvannetti@pec.it)

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione per il conferimento degli incarichi libero professionali di medico coordinatore sanitario presso le strutture gestite dall'A.P.S.P. Clementino Vannetti

Io sottoscritto/a (cognome e nome) codice fiscale Tel. abitazione Tel. mobile  
E-mail cui saranno inviate le future comunicazioni (dato obbligatorio) eventuale  
indirizzo di posta elettronica certificata

visto l'avviso pubblico di selezione approvato con determinazione del Direttore n. 165 del 21/10/2024

### C H I E D O

di partecipare alla selezione per il conferimento degli incarichi professionali di medico e coordinatore sanitario delle strutture gestite dall'A.P.S.P. Clementino Vannetti.

A tale proposito, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

### D I C H I A R O

- di essere nato/a il (gg/mm/aaaa) a Comune Provincia (Stato)  
e di risiedere in Via/Piazza civico n. C.A.P. Comune  
Provincia ;
- di avere il domicilio in (solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)  
Via/Piazza civico n. C.A.P. Comune Provincia ;
- di aver preso visione dell'avviso di selezione e di accettare i contenuti e le condizioni contenute nello stesso;

- di avere la seguente condizione professionale:  
Indicare una delle seguenti condizioni: occupato lavoratore dipendente, occupato lavoratore autonomo, occupato in forme atipiche, disoccupato, pensionato. Si chiede di indicare anche il numero medio di ore settimanali lavorate.
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei paesi UE  
 SI  NO

Solo per i cittadini non italiani

- di godere dei diritti civili e politici anche dello Stato di appartenenza o provenienza  
 SI  NO

Nel caso di risposta negativa indicare di seguito i motivi:

- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ ;
- di essere iscritto all'Ordine professionale dei medici della provincia di \_\_\_\_\_ dalla data al n. \_\_\_\_\_ ;
- di essere in possesso della specializzazione in medicina interna o geriatria  
 SI  NO

oppure

- di aver frequentato/di frequentare il corso per Coordinatori di RSA  
 SI  NO

oppure

- di impegnarsi a frequentare il corso per Coordinatori di RSA nell'edizione 2024-2025  
 SI  NO
- di essere in regola con i crediti ECM  SI  NO;
- di essere disponibile a svolgere n. \_\_\_\_\_ ore mensili;
- di godere di condizioni di salute idonee all'esercizio della professione  
 SI  NO
- di trovarsi attualmente in una posizione giuridica compatibile con l'incarico libero professionale offerto e con il relativo rapporto giuridico
- di essere titolare della partita IVA n. \_\_\_\_\_
- oppure di impegnarsi ad individuare il medico sostituto  SI  NO
- di aver riportato condanne penali:  
 SI  NO

se SI, elencare le condanne penali riportate:

- di avere procedimenti penali pendenti:

SI       NO

se SI, elencare i procedimenti penali pendenti

Allega alla presente domanda:

- copia del curriculum vitae in formato UE;
- copia di un documento d'identità;
- la seguente documentazione:

Data

FIRMA .....

Il/la sottoscritto/a, acquisite dall'avviso le informazioni di cui all'art. 13 del DPRG 679/2016 e del D.Lgs. 30.06.2003 N. 193, autorizza codesta A.P.S.P. al trattamento dei propri dati, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa indicata nell'avviso di selezione.

In fede,

Data

FIRMA .....

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.

è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità.

Rovereto,