FAC SIMILE DI DOMANDA DA RICOPIARE IN CARTA SEMPLICE:

Al Direttore Generale

ASST BRIANZA

Via Santi Cosma e Damiano,10

20871 Vimercate (MB)

il sottoscritto dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede**

di partecipare all’avviso pubblico per soli titoli, indetto con deliberazione della ASST Brianza n.491 del 17.05.2024 per la costituzione di un elenco di medici da utilizzare per l’accertamento medico degli stati di invalidità, cecità, sordità civile, handicap e disabilità ed accertamenti previsti dalle normative vigenti e secondo le condizioni stabilite nell’avviso pubblico.

A tal fine si impegna ad accettare incondizionatamente quanto previsto dall’avviso stesso, con particolare riferimento alla disponibilità volta a garantire l’espletamento dell’attività in qualità di componente delle Commissioni sanitarie per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art.76 del DPR 28.12.2000 n.445, il sottoscritto dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato

DPR:

* di essere laureato in Medicina e Chirurgia;
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di medico chirurgo;
* di essere iscritto all’Albo professionale di………………………………..;
* di essere in possesso del diploma di specializzazione in………………………………;
* di non avere condanne penali e procedimenti penali e /o disciplinari in corso per reati che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di collaborazione con una Pubblica Amministrazione;

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, in ordine

alla comunicazione e all’obbligo di diffusione degli stessi ai sensi del dlgs.n.33/2013

e s.m.i. e nell’ambito delle finalità di cui alla presente procedura secondo le vigenti leggi

in materia di privacy (UE n.679/2016).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare documento d’identità