

**Allegato 2.**

Fac-simile domanda.

ASL della Provincia di Varese

Via O. Rossi, 9

21100 Varese

Oggetto: DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI E DI CONSULENZA AD ESPERTO ESTERNO ALL'ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE (Art. 7 D.lgs. n. 165/2001 s.m.i.)  
“ \_\_\_\_\_ ”

Il sottoscritto

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza e indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere ammesso nell'elenco per il conferimento dell'incarico professionale ad esperto esterno all'ASL della Provincia di Varese “ \_\_\_\_\_ ”

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti:

- di non essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale;
- di non trovarsi in conflitto di interesse con riferimento agli incarichi;
- di non aver contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'Azienda;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non essere sottoposto a misure di prevenzione e quant'altro previsto dalle leggi antimafia;
- di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver pendenti procedimenti per gli stessi reati;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
  - Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita c/o \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
  - Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita c/o \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
  - di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal \_\_\_\_\_
  - di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ al nr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_;
- di trovarsi nella seguente posizione nei confronti degli obblighi militari:  
\_\_\_\_\_;
- di aver prestato i seguenti servizi presso pubbliche amministrazioni:
  - presso \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_;
  - presso \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_;
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
  - presso:----- qualifica-----;
  - oppure
  - di non aver prestato servizi presso pubbliche amministrazioni;
  - di non aver maturato esperienze professionali;
  - di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
  - di essere in possesso del seguente codice fiscale
  - di essere titolare di partita IVA
  - oppure
  - di non essere titolare di partita IVA
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al selezione è: \_\_\_\_\_ ed assicura che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata.

Si allega alla presente domanda:

- Curriculum formativo e professionale datato e sottoscritto in formato europeo;
- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

**ATTESTA**

Di aver preso visione della sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

Di aver avuto piena conoscenza dell'avviso pubblicato in data \_\_\_\_\_ e di accettare incontrovertibilmente le precisazioni in esso riportate;

Di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del D.lgs. n. 196/2003 s.m.i., quindi, ne autorizza il trattamento da parte dell'ASL della Provincia di Varese.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma Leggibile  
\_\_\_\_\_