



**Modello di domanda**

Al Commissario Straordinario  
del POLICLINICO RIUNITI  
Viale Luigi Pinto  
**71122 FOGGIA**

Da inviare al seguente indirizzo pec: [protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it](mailto:protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it)

con l'indicazione del seguente oggetto: "**Manifestazione di interesse per incarico NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**"

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ chiede di stipulare un contratto libero professionale sino al 31/12/2022 con codesto Policlinico.

**A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi delle dichiarazioni mendaci:**

- di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
  - di essere residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
  - di essere cittadin\_\_ italian\_\_(se diversa, specificare di quale Stato membro dell'Unione Europea: \_\_\_\_\_, o di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
    - familiare di cittadini dell'Unione Europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
    - titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
    - titolare dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.
  - di essere iscritt\_\_ nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (in caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione dalle liste elettorali indicarne i motivi);
  - di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo, indicare le condanne riportate);
  - di essere in possesso della laurea in **MEDICINA e CHIRURGIA**, conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
    - di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguita presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- o v v e r o
- di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_
  - di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;



- di non essere stato destituito dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di essere idoneo alle funzioni relative alla posizione funzionale da rivestire o che non sussistono prescrizioni limitative alle stesse;
- di essere munito di Partita IVA, polizza responsabilità per colpa grave e polizza infortuni a proprio carico di eleggere il proprio domicilio agli effetti di ogni comunicazione relativa alla presente procedura, al seguente indirizzo pec: \_\_\_\_\_;  
N. CELLULARE \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda:

- Curriculum formativo e professionale

-Copia del seguente documento in corso di validità: \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
La firma in calce non deve essere autenticata