

I.N.A.I.L.
DIREZIONE REGIONALE UMBRIA
Via Pontani n.12
06128 PERUGIA

Oggetto: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DI N.6 INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA COME ODONTOIATRA (Art. 7 D.lgs n. 165/2001 s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza Indirizzo _____

Tel. _____ Cell. _____ e.mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso alla selezione di cui all’oggetto, per la Sede di _____ (esprimere una sola preferenza – vedere punto 2 avviso pubblico)

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:

1. di non essere dipendente dell’INAIL a rapporto d’impiego e di non avere incarichi da parte dell’Istituto con rapporto libero-professionale (medico specialista ambulatoriale RLP);
2. di non ricoprire incarichi presso Enti di Patrocinio;
3. di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di Case di Cura convenzionate con l’INAIL, site nella regione Umbria; nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
4. di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, propagandista o comunque collaboratore di case farmaceutiche;
5. di non trovarsi, con riferimento all’incarico, in situazioni anche potenziali di conflitto di interessi, ai sensi della normativa vigente;
6. di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;

7. di non trovarsi comunque in situazione di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001;
8. di non aver contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'I.N.A.I.L.;
9. di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
10. di non essere mai stato sottoposto a misure di prevenzione ne' di aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
11. di non aver riportato condanne penali o provvedimenti consistenti in misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
12. di non avere procedimenti penali in corso;
13. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
14. di godere dei diritti civili e politici;
15. di prestare servizio / non prestare servizio (*cancellare la risposta non corretta*) presso altre pubbliche amministrazioni (in caso positivo allegare dichiarazione resa ai sensi DPR 445/2000 attestante di essere autorizzato allo svolgimento delle prestazioni);
16. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
- laurea in _____ conseguita c/o _____ il _____ voto _____;
 - specializzazione in _____ conseguita c/o _____ il _____ voto _____;
 - _____
17. di essere abilitato all'esercizio della professione a decorrere dal _____
18. di essere iscritto all'Ordine dei _____ della provincia di _____ al nr. _____ dal _____;
19. che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa Previdenziale con obbligo di versamento contributivo (SI/NO - indicare l'opzione scelta): _____;
20. di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;
21. di aver adempiuto all'obbligo formativo ECM secondo la normativa vigente avendo conseguito n _____ crediti;

22. di assicurare il rispetto della riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e s.m.i., e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;

23. di essere in possesso del seguente codice fiscale: _____;

24. di essere titolare di partita IVA: _____;

25. che il domicilio al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è _____ ed assicura che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata.

26. di essere in possesso di idonea polizza assicurativa per responsabilità civile professionale.

	Dichiara inoltre quanto di seguito indicato:	
QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE MAX. PUNTI 10	A) Pubblicazioni scientifiche e/o relazioni congressuali I. _____ _____ II. _____ _____ III. _____ _____	0,2 punti se in ambito nazionale 0,3 punti se in ambito internazionale
	B) Titoli professionali certificati I. _____ _____ II. _____ _____ III. _____ _____	1 punto per ogni titolo
	Specificare di seguito: l'Ente/Azienda presso cui si è svolto il servizio, la tipologia del servizio (lavoro dipendente a tempo indeterminato/determinato o attività libero professionale), la data iniziale e finale, il tipo di attività esercitata. Ente/Azienda presso cui si è svolto il servizio: _____ Struttura pubblica/privata (<i>cancellare ciò che non interessa</i>)	1 punto per ogni anno o frazione pari o superiore a 6 mesi di attività

ESPERIENZE PROFESSIONALI MATURE NEL SETTORE DELLA ODONTOIATRIA MAX. PUNTI 6	tipologia del servizio _____ data iniziale e finale _____ tipo di attività esercitata _____ Ente/Azienda presso cui si è svolto il servizio: _____ Struttura pubblica/privata (<i>cancellare ciò che non interessa</i>) tipologia del servizio _____ data iniziale e finale _____ tipo di attività esercitata _____ Ente/Azienda presso cui si è svolto il servizio: _____ Struttura pubblica/privata (<i>cancellare ciò che non interessa</i>) tipologia del servizio _____ data iniziale e finale _____ tipo di attività esercitata _____	
QUALITA' DELLA METODOLOGIA ADOTTATA MAX. PUNTI 4	1. Accredитamento con S.S.R. 2. Certificazione di qualità	2 punti 2 punti

ATTESTA

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

di aver avuto piena conoscenza dell'avviso pubblico in data _____ e di accettarne tutte le indicazioni 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'I.N.A.I.L.;

SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra indicate - nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito - o nel periodo di vigenza della graduatoria.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, dichiara sotto la propria responsabilità che tutti i titoli allegati alla presente domanda sono conformi all'originale ed è a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Allega alla presente domanda:

- Curriculum professionale e formativo, datato e sottoscritto, redatto ai sensi del DPR 445/2000 secondo il modello europeo;
- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma Leggibile
