

**Al Provveditorato Regionale
dell'Amministrazione Penitenziaria per il
Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto
Adige**

prot.pr.padova@giustiziacert.it

Domanda di partecipazione alla selezione di un medico professionista per comporre la CMO di Padova in rappresentanza dell'Amministrazione penitenziaria

Il/la sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione di un professionista medico che in rappresentanza dell'Amministrazione Penitenziaria componga la presso la C.M.O. 2^ del Dipartimento Militare di Medicina Legale di Padova e, quindi, come membro dell'organo collegiale di cui al Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze 12 febbraio 2004, assicurare in favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria le prestazioni medico legali nelle procedure valutative collegiali meglio indicate nell'avviso di selezione del Provveditorato Regionale del Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige del _____ pubblicato il _____ sul sito del Ministero della Giustizia.

Il/la sottoscritto/a si obbliga, su eventuale richiesta Provveditorato Regionale del Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, a svolgere l'incarico suppletivo con la funzione di Dirigente del Servizio Sanitario per l'Amministrazione Penitenziaria come espresso nella circolare 28.11.07 n.0366497 della Direzione Generale del Personale del D.A.P meglio indicate nell'avviso di selezione del Provveditorato Regionale del Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige del _____ pubblicato il _____ sul sito del Ministero della Giustizia.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445), quanto segue:

Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____
Comune di nascita _____ Stato di nascita _____
Codice fiscale _____ Partita Iva _____

(ovvero, in mancanza di Partita Iva, il sottoscritto/a dichiara di assumere specifico impegno ad aprirla se chiamato dall'Amministrazione a prestare la propria opera professionale) Comune di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo di residenza _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo di posta elettronica certificata cui l'amministrazione farà pervenire le comunicazioni inerenti la presente procedura selettiva _____.

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso di:

- a) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito secondo l'ordinamento didattico vigente prima dell'adeguamento ai sensi dell'art. 17, comma 95, della legge 127 del 1997 e sue disposizioni attuative in data _____ presso l'Università _____;
- b) Laurea specialistica appartenente alla classe delle lauree in medicina e chirurgia (46/S) conseguita in data _____ presso l'Università _____;

- 7) Dottorato di ricerca in _____ conseguito in data _____ presso _____ riconoscimento MIUR _____
- 8) Master di II livello in _____ conseguito in data _____ presso _____ riconoscimento MIUR _____

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

- di essere a conoscenza ed accettare le disposizioni dell'avviso di selezione sopracitato;
- di essere cittadino/a italiano/a o di uno dei paesi membri dell'UE: _____;
- di avere il pieno godimento di diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali o applicazioni di pena ai sensi dell'articolo 444 del Codice di Procedura Penale

ovvero

di aver riportato le seguenti condanne penali:

_____;

- di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso

ovvero

di essere a conoscenza di avere il/ i seguente/i procedimenti penali in corso:

_____;

- di non essere stato destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, né di essere stato dichiarato/a decaduto/a da altro impiego pubblico.
- di non trovarsi in condizioni di inconferibilità dell'incarico di collaborazione per l'espletamento di compiti e attività oggetto di bando ovvero di situazioni di incompatibilità ad assumerlo
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente a questo Provveditorato, mediante posta elettronica certificata all'indirizzo indicato nel bando e variazioni del proprio recapito per le comunicazioni inerenti la presente selezione;
- di fornire apposita autorizzazione dalla propria Amministrazione (nel caso di professionisti dipendenti pubblici) in occasione di conferimento incarico;
- di essere consapevole che con la presente sottoscrizione autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lvo 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii;

Luogo e data: _____

Firma _____.

Il/la sottoscritto/a dichiara, infine, di essere stato informato che:

- i dati personali forniti saranno trattati ai sensi del D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e ss.mm. ii. e saranno raccolti presso il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria per il Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, per le finalità di gestione della presente selezione;
- il trattamento dei dati in questione avverrà anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di collaborazione professionale per le necessità inerenti alla gestione del rapporto medesimo;

- l'indicazione di tali dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione;
- l'interessato ha il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché quello di far rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi illegittimi con le modalità e nei casi indicati dal D.L.gs 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii.

Luogo e data: _____

Firma _____.

Si allega copia digitale **in formato .pdf** del:

- 1) curriculum vitae
- 2) documento di identità fronte e retro
- 3) tessera sanitaria