

## FAC - SIMILE DI DOMANDA

OGGETTO: Affidamento di n. 2 incarichi a part time di Direttore Sanitario delle strutture residenziali del Consorzio. – Proposta di candidatura

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;  
CF \_\_\_\_\_;  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E mail \_\_\_\_\_

Propone la propria candidatura per l'affidamento degli incarichi di cui in oggetto.

A tale scopo dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, ed, ai fini dell'attribuzione del punteggio, allega, il proprio *curriculum*, dal quale risulta il possesso dei requisiti richiesti nell'avviso.

Dichiara, altresì:

- di aver preso visione delle condizioni che regolano il rapporto contrattuale di cui all'oggetto e di accettare tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso e nel testo del contratto;
- di accettare di eseguire il servizio alle condizioni di cui sopra;
- che non sussistono condizioni di incompatibilità con lo svolgimento del presente incarico;
- di non avere in corso procedimenti che costituiscono ostacolo alla prestazione di servizi presso le Pubbliche Amministrazioni;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai fini fiscali che la propria posizione è la seguente:

- è in possesso di partita IVA, posizione n.....;  
ovvero
- che è in possesso di iscrizione all'INPS o ad altro istituto previdenziale (indicare quale).

L'Amministrazione si riserva di verificare il possesso dei requisiti e dei titoli posseduti in caso di affidamento dell'incarico.

N. B. Si allega;

- *curriculum vitae et studiorum*, ai fini dell'attribuzione del punteggio, **redatto nelle forme di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;**

- copia fotostatica non autenticata di un proprio documento di identità, così come previsto dal D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DATA

FIRMA