

OGGETTO: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN MEDICO CIVILE CUI AFFIDARE IL SERVIZIO DI MEDICO SOSTITUTO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA LEGIONE ALLIEVI DELLA GUARDIA DI FINANZA 2° ESPERIMENTO

**Alla Guardia di Finanza Legione Allievi
Ufficio Amministrazione – Sezione Acquisti
Viale Europa nr. 97 – 70132 – BARI
Tel. 080/5883405 – ba0220000p@pec.gdf.it**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a il _____ a _____ (____)
C.F. _____ P.IVA _____
in qualità di _____
_____ residente a _____ (____),
via/piazza _____ nr. ____ c.a.p. _____
Tel. _____ Cell. _____ PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura comparativa per l'individuazione di un medico civile cui affidare il servizio di medico sostituto del dirigente del Servizio Sanitario della Legione Allievi della Guardia Di Finanza.

A tal fine, consapevole:

- delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, false o mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e dagli artt. 483, 489, 495 e 496 del Codice Penale;
- che verranno svolti controlli da parte della Stazione Appaltante al fine di verificare la veridicità della presente autodichiarazione;
- che laddove la presente autocertificazione risultasse non veritiera, falsa o mendace, la "Stazione Appaltante" procederà ad inoltrare apposita segnalazione agli Organi competenti,

DICHIARA

1. di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea e, in quest'ultimo caso, di:
 - a. avere un'adeguata conoscenza della lingua italiana;
 - b. godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza e provenienza;
 - c. possedere tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini Italiani;
2. di essere in possesso della Laurea in Medicina conseguita in data _____ presso _____, con il punteggio di _____;
3. di possedere la seguente specializzazione: _____, conseguita in _____ data _____ presso _____, con il punteggio di _____;
4. di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Medici e Odontoiatri di _____ numero _____ data d'iscrizione _____;
5. di essere (*barrare la voce che interessa*):

- libero/a professionista;
- dipendente pubblico/a o privato/a (indicare la tipologia del rapporto di lavoro ed i riferimenti normativi che consentono di prestare libera attività professionale munito/a delle eventuali autorizzazioni da parte del datore di lavoro) _____;

6. di eleggere il seguente domicilio presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al presente affidamento (la mancata indicazione dei dati richiesti comporta l'esonero della responsabilità della Stazione Appaltante per le comunicazioni non effettuate o non correttamente pervenute):
Comune _____ prov. _____
indirizzo _____ c.a.p. _____
tel _____ cell _____, P.E.C.: _____;
7. di essere iscritto alla Cassa di Previdenza dei Medici e Odontoiatri di _____ con numero _____ dal _____;
8. di avere l'idoneità fisica all'impiego;
9. di non essere incorso nella destituzione, dispensa, decadenza o nel licenziamento da un precedente impiego presso una Pubblica Amministrazione;
10. di non aver riportato condanne penali né disciplinari da parte del proprio Ordine professionale;
11. di non essere sottoposto a procedimenti penali né disciplinari dal proprio Ordine professionale;
12. di non essere stato destinatario di provvedimenti applicativi di misure di prevenzione, di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
13. di non versare in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e/o incompatibilità con la Guardia di Finanza;
14. di non trovarsi in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4 del d.P.R. n. 484/1996;
15. di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 5 del decreto legislativo n. 257/1991 in tema di formazione di medici specialisti;
16. di non trovarsi in situazioni di inconfiribilità, ai sensi degli artt. 3 e ss. del decreto legislativo n. 39/2013;
17. di non trovarsi in situazioni di inconfiribilità, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001;
18. di non trovarsi in situazioni di incapacità a contrattare di cui alla vigente normativa antimafia;
19. di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, sociali, imposte e tasse;
20. di essere in grado di certificare i propri compensi autonomamente attraverso emissione di fattura elettronica;
21. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel presente avviso;
22. che non sussistono situazioni comportanti incapacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
23. di non essere lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 6 del decreto legge n. 90/2014, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 114/2014;
24. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti manuali e informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega:

- curriculum debitamente sottoscritto;
- fotocopia di un documento di riconoscimento, in corso di validità, debitamente sottoscritto;
- fotocopia del codice fiscale.