

ALLEGATO 2 - ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria di Nuoro
Via Demurtas,1
08100 NUORO**

OGGETTO: Costituzione elenco aziendale medici specialisti in medicina legale
costituzione elenco Aziendale medici specialisti in medicina legale per l'espletamento
degli adempimenti sanitari di cui alla normativa vigente (L. n.102 del 3 Agosto 2009)
sugli accertamenti sanitari sullo stato delle invalidità civile

DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO

I sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____

data e luogo di nascita _____ C.F. _____

residenza e/o domicilio _____ Cap _____

via _____ recapiti telefonici: tel. _____ cell.

_____ fax _____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco Aziendale della ASL di Nuoro di medici specialisti in
medicina legale cui conferire incarico per l'espletamento degli adempimenti sanitari di
cui alla normativa vigente (L. n.102 del 3 Agosto 2009) sugli accertamenti sanitari sullo
stato delle invalidità civile, etc..

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR
445/2000, e consapevole che in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà
dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt.
75 e 76 del DPR 445/2000 di possedere i seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- Godimento dei diritti civili e politici;
- Non aver riportato condanne penali e non aver procedimenti penali in corso per reati
che interdicono ogni rapporto con la pubblica amministrazione e comportino l'incapacità
a contrattare con la stessa;
- Non essere destinatario di provvedimenti che comportino l'applicazione di misure di
prevenzione e non essere soggetto a procedure fallimentari;
- Di non aver contenzioso in corso con l' Ente;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: LAUREA IN MEDICINA CON
SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI e di essere
iscritto al relativo albo professionale;
- Di non sussistere motivi ostativi nell'esercizio della libera professione e all'accettazione
di incarichi da parte della Pubblica Amministrazione;
- Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità ai sensi di legge nonché di conflitto di
interessi con l'ASL di Nuoro;

Nella domanda di ammissione i richiedenti dovranno indicare a pena di esclusione di possedere i seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- Godimento dei diritti civili e politici;
- Non aver riportato condanne penali e non aver procedimenti penali in corso per reati che interdicono ogni rapporto con la pubblica amministrazione e comportino l'incapacità a contrattare con la stessa;
- Non essere destinatario di provvedimenti che comportino l'applicazione di misure di prevenzione e non essere soggetto a procedure fallimentari;
- Di non aver contenzioso in corso con l' Ente;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio: LAUREA IN MEDICINA CON SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI e di essere iscritto al relativo albo professionale;
- Di accettare espressamente le condizioni previste dal presente avviso e di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità della selezione di che trattasi, nel rispetto della normativa vigente in materia.

Alla domanda di ammissione dovrà essere allegato a pena di esclusione:

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum professionale;
- Copia del titolo di studio debitamente autenticato ai sensi del DPR n.

445/2000;

- Certificato di iscrizione all'albo professionale non antecedente a tre mesi ovvero autocertificazione.

- Di accettare espressamente le condizioni contenute nell' avviso e di autorizzare il trattamento dei propri dati personali per le finalità della selezione di che trattasi, nel rispetto della normativa vigente in materia.

Alla presente domanda di ammissione si allega:

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- Curriculum professionale;
- Copia del titolo di studio debitamente autenticato ai sensi del DPR n.445/2000;
- Certificato di iscrizione all'albo professionale non antecedente a tre mesi ovvero autocertificazione.

Luogo e data, _____

Firma

(per esteso e leggibile)