Allegato n. 1

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE REGIONALE
CALABRIA

Alla Direzione Regionale Calabria

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____,

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ prov. _____

via _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ PEC_____

e-mail _____;

CHIEDE

di partecipare all'avviso per il conferimento di incarichi di specialista ambulatoriale per la BRANCA di _____ presso il CDPR di Lamezia Terme per nr. _____ ore settimanali.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere:

☐ cittadino/a italiano/a

☐ cittadino/a dello Stato UE: _____

2. di godere dei diritti civili e politici;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli:

- Laurea in _____ conseguita il __/__/_____ presso l'Università di _____ con voto _____
- Specializzazione in_____ conseguita il __/__/ _____ presso l'Università di _____

4. di essere iscritto/a all'Albo professionale _____ della Provincia di _____ dal __/ __/ _____ n° _____

5. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2 ACN vigente.

ovvero

di impegnarsi a rimuovere la seguente situazione di incompatibilità _____ prima del conferimento dell'incarico.

Il sottoscritto, altresì:

- ☐ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 nonché della normativa interna in materia di privacy.

Allega documento di identità in corso di validità e Curriculum Vitae in formato europeo

Data __/ __/ ____/ Firma_____

Allegato 2

Dichiarazione di esclusione di incompatibilità

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____. il _____

codice fiscale _____,

residente in _____, via _____,

specialista in _____, con un incarico per

prestazioni di _____ per n. ___ ore settimanali

DICHIARA

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità indicate all'art. 2 del vigente Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni futura variazione in proposito.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi della normativa vigente in materia e, altresì, fanno decadere dai benefici ottenuti (artt.75-76 D.P.R. 445/2000).

(data) Lo specialista

Preso atto dell'informativa formulata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), allegata alla lettera di incarico, acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità ivi specificate.

Lo specialista