

ALL'INAIL
 DIREZIONE REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA
 Via Galatti, 1/1
 34132 – Trieste

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 3 INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA PER MEDICO ODONTOIATRA PER LA DIREZIONE TERRITORIALE DI UDINE – PORDENONE (1 PER LA SEDE DI UDINE, 1 PER LA SEDE DI PORDENONE E 1 PER LA SEDE DI TOLMEZZO) DEL FRIULI VENEZIA GIULIA PER IL PERIODO DI VENTIQUATTRO MESI **con AUTODICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.**

Il/la sottoscritto/a _____
 (cognome) (nome)
 nato/a a _____ (_____) il _____
 (luogo) (prov.)
 residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
 (luogo) (prov.) (indirizzo)
 Tel. _____ Cell. _____ PEC _____

Indirizzo studio/ambulatorio:

D I C H I A R A

di voler partecipare alla procedura comparativa per l'incarico di odontoiatra per la: **(barrare UNA sede di preferenza A PENA DI ESCLUSIONE)**

- sede di Udine
- sede di Pordenone
- sede di Tolmezzo

di essere disponibile, in caso di affidamento dell'incarico, ad effettuare le prestazioni anche per le altre sedi della Direzione Territoriale di Udine-Pordenone, qualora non assegnati tutti gli incarichi.

Inoltre, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

D I C H I A R A

di essere attualmente in possesso dei seguenti **requisiti professionali obbligatori** (apporre un segno di spunta per ogni requisito posseduto, a pena di esclusione):

- di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Friuli Venezia Giulia e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- l'insussistenza di incompatibilità di cui all'art.6 del Decreto Legge 90/2014 convertito con modificazioni dalla Legge n.114/2014, ovvero non essere pensionato, lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;.

- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;
- di non avere contenziosi civili e amministrativi pendenti nei confronti dell'INAIL;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non trovarsi in una situazione, anche potenziale, di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto dell'avviso pubblico;
- di non trovarsi in situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il presente;
- di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- di dare garanzia della reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;
- di rispettare la riservatezza su dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018), dichiara altresì di impegnarsi a non divulgare detti elementi, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'INAIL;
- di essere disponibile, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione dell'incarico, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018);
- di osservare, nello svolgimento dell'incarico, le disposizioni del D.P.R. n. 62/2013 s.m.i. "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" in quanto compatibili;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di essere residente a _____
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
 - Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____ il _____ con voto di _____
 - Specializzazione in _____
 - conseguita presso _____, il _____ con voto _____;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di odontoiatra a decorrere dal _____;
- di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di _____ al n. _____ dal _____;
- di aver conseguito i Crediti formativi obbligatori secondo le vigenti disposizioni in materia;
- che il suddetto Albo ha costituito una specifica Cassa previdenziale con obbligo di versamento contributivo:
SI NO (*barrare l'opzione ricorrente*)
- di non essere mai stato destituito né dispensato dalle Pubbliche Amministrazioni;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
- di essere titolare della seguente partita IVA _____;
- che la PEC alla quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla selezione è la seguente: _____ e che qualsiasi variazione verrà tempestivamente comunicata a codesta Amministrazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre i seguenti **ulteriori requisiti / titoli preferenziali** (*barrare l'opzione scelta*):

- di essere in possesso dei seguenti Titoli preferenziali:
Pubblicazioni scientifiche _____
- Titoli professionali certificati _____
- Specializzazioni universitarie _____
- Master Universitari _____
- Perfezionamenti Universitari _____
- che le richieste di prestazioni (*Modalità e Tempi* dell'Avviso, lettera C) verranno evase entro _____ giorni lavorativi dalla data della prima richiesta di visita disposta dall'Istituto

A T T E S T A

di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati ai fini del presente incarico e comunque nel rispetto del D.Lgs.N.196/2003 e s.m.i. (Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018 e quindi ne autorizza il trattamento da parte dell'INAIL – DIREZIONE REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA

A U T O R I Z Z A

L'INAIL, in caso di conferimento dello/degli incarico/i, alla pubblicazione del *curriculum* obbligatoria ai sensi del D.Lgs.14 marzo 2013 n. 33 “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”

S I I M P E G N A

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza dell'incarico, se conferito, o nel periodo di vigenza della graduatoria.

La presente dichiarazione è costituita di n. _____ pagine (apporre la propria firma su tutte le pagine)

Si allega alla presente domanda:

- Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità (obbligatorio)
- Curriculum formativo e professionale (obbligatorio)
- Copia delle eventuali certificazioni di qualità possedute
- Altro (copia eventuali ulteriori titoli preferenziali posseduti):

IN FEDE

_____ (luogo, data)

Firma leggibile
