

PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICO
PROFESSIONALE DI RESPONSABILE DEGLI IMPIANTI RADIOLOGICI
- PROCEDURA COMPARATIVA - DELL'INAIL -
SEDI DI UDINE e SEDE DI PORDENONE
(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto _____ nato a
_____ il _____ residente nel Comune di
_____ Provincia _____ in Via
_____, in qualità di
_____ con sede in Via _____ del Comune di
_____ Provincia _____ codice fiscale _____
Partita Iva n. _____

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti

DICHIARA

- **di essere in possesso di:**

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Diploma di Specializzazione in radiologia o radioterapia o medicina nucleare;

- **di essere iscritto** nel corrispondente Ordine Professionale _____ di _____, dal _____.

E, inoltre, dichiara:

- c.1. il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- c.2. il godimento dei diritti civili e politici;
- c.3. l'assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- c.4. l'assenza di procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;

- c.5. di non avere in corso provvedimenti penali pendenti collegati ad inadempienze nell'ambito della propria attività, per effetto delle quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- c.6. l'insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del Decreto-legge 90/2014 convertito con modificazioni dalla Legge n. 114/2014, ovvero di non essere pensionato, lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- c.7. assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, ai sensi dell'art.53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001;
- c.8. l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- c.9. non aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni;
- c.10. di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- c.11. di dare garanzia di reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- c.12. di avere visionato tutta la documentazione di procedura e di accettare integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri in essa contenuti;
- c.13. di essere in regola con i pagamenti relativi a imposte e tasse;
- c.14. di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscenza in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche in materia di dati personali (Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018), e di impegnarsi altresì a non divulgare detti elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'Inail.

E, inoltre, se dipendente di Pubbliche Amministrazioni, dichiara:

- c.15. di essere autorizzato dall'Amministrazione di appartenenza allo svolgimento delle prestazioni di che trattasi.

Allega copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DELLE DOMANDE, DICHIARA:

1 VALUTAZIONE CURRICULA FORMATIVI MAX PUNTI 20	1.a. Tesi specialistica su argomenti attinenti ai profili oggetto della presente valutazione (*) _____ _____ _____ _____ <i>Inserire il titolo della tesi</i>	10 punti
	1.b. Altri diplomi di specializzazione dell'area medica o il conseguimento del titolo del dottorato di ricerca su argomenti attinenti ai profili oggetto della presente valutazione, di durata almeno biennale (*) I. _____ _____ II. _____ _____	5 punti per ogni master o corso di specializzazione

	<p>_____</p> <p>III. _____</p> <p>_____</p>	
	<p>1.c. Master universitari su argomenti attinenti ai profili oggetto della presente valutazione, di durata almeno annuale (*)</p> <p>I. _____</p> <p>_____</p> <p>II. _____</p> <p>_____</p> <p>III. _____</p> <p>_____</p>	<p>2 punti per ogni master o corso di specializzazione</p>
	<p>1.d. Seminari e/o convegni nazionali con acquisizione di crediti formativi (ECM) (*)</p> <p>I. _____</p> <p>_____</p> <p>II. _____</p> <p>_____</p> <p>III. _____</p> <p>_____</p>	<p>0,50 punti per ogni seminario e/o convegno</p>
<p>(*) Con obbligo di certificazione dei titoli ottenuti e di attestazione delle partecipazioni da parte del vincitore della selezione.</p>		

<p>2</p> <p>VALUTAZIONE ESPERIENZE LAVORATIVE ANALOGHE</p> <p><i>Incarico di responsabile Impianto Radiologico</i></p> <p><u>MAX PUNTI 30</u></p>	<p>Specificare, di seguito, tipo incarico, data inizio e fine e i dati dell'INAIL committente.</p> <p>I. _____ _____</p> <p>II. _____ _____</p> <p>III. _____ _____</p> <p>IV. _____ _____</p> <p>V. _____ _____</p> <p>VI. _____ _____</p> <p>VII. _____ _____</p>	<p>5 punti x anno</p>
<p>(**) Con obbligo di presentazione di attestati di servizio svolti da parte del vincitore della selezione e da cui si evincono tipologia del servizio, mansione affidata, data iniziale e finale del servizio svolto che, comunque, dovranno essere chiaramente elencati in fase di partecipazione alla selezione.</p>		

Tutte le autodichiarazioni/autocertificazioni sono successivamente verificabili dall'INAIL e, per i servizi analoghi svolti dovrà essere elencato: tipo incarico, data inizio e fine e i dati del committente, specificando se trattasi di Ente pubblico o privato accreditato, presso il quale si è svolto l'incarico.

In fede: _____ (data) _____ (firma)

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

In fede: _____ (data) _____ (firma)