

Allegato 1-I

Dichiarazione inerente la partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento di incarico di medico oculista

**Il/La Sottoscritto/a**

Nome .....	Cognome (le candidate coniugate devono indicare il cognome da nubili)
nato/a il .....	nato/a a.....
Cod. fiscale.....	Partita IVA .....
Comune (recapito al quale vanno inviate le comunicazioni) .....	CAP .....
Frazione/Via .....	n. .... tel. .... e-mail .....

**DICHIARA**

Che intende partecipare alla procedura comparativa in oggetto

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.:

- di essere cittadino italiano o di uno stato membro dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti politici e civili ;
- di essere in possesso dei titoli di studio e professionali richiesti dal presente avviso;
- di essere iscritto all'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del titolo di specializzazione in oculistica;
- di possedere un grado di conoscenza della lingua italiana e tedesca che garantisca il pieno svolgimento di tutte le attività connesse con l'incarico;
- L'insussistenza di errori o inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali ne sia conseguita l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
- L'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività in oggetto;
- L'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti di tale natura;
- Di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il corrente;
- Di aver visionato tutta la documentazione della presente procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti;

**Indirizzo dell' ambulatorio:**.....

data

firma

.....

.....

N.B. La firma in calce alla dichiarazione dovrà essere accompagnata da fotocopia di valido documento di identità del dichiarante

## Anlage 1- T

Erklärung zur Teilnahme am Auswahlverfahren für die Beauftragung als Facharzt für Augenheilkunde

Der / Die Antragsteller/in

Name .....	Zuname (Verheiratete müssen ihren Mädchennamen angeben)
geboren am.....	geboren in.....
Steuerkodex.....	MwSt.Nr. ....
Gemeinde (Anschrift an welche Mitteilungen gesendet werden).....	PLZ
.....	
Fraktion/Straße.....	Tel. ....
	Nr..... e-mail .....

### Beantragt

Am oben angeführten Verfahren teilzunehmen . Zu diesem Zweck gibt der/die Antragsteller/in eigenverantwortlich gemäß Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445/2000 IGF und im Bewusstsein der strafrechtlichen Folgen einer Falscherklärung, welche vom Art. 76 des oben genannten D.P.R. vorgesehen sind

Gibt folgende Erklärung ab:

- italienische Staatsbürger/in zu sein oder einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union anzugehören,
- im Besitz der politischen und bürgerlichen Rechte zu sein
- Im Besitz der von dieser Kundmachung vorgesehenen Studientitel und beruflichen Titel zu sein
- Im Verzeichnis der Berufskammer der Ärzte der Chirurgie und der Zahnärzte von \_\_\_\_\_ eingetragen zu sein
- Im Besitz des Facharztstitels in Augenheilkunde zu sein
- Eine Kenntnis der italienischen und deutschen Sprache zu besitzen in einem Ausmaß, welches die volle Ausübung aller mit dem Auftrag verbundenen Tätigkeiten gewährleistet;
- Dass keine schweren Fehler oder Unterlassungen während der Berufsausübung vorliegen, aufgrund welcher der Entzug der Befähigung für die Ausübung der Tätigkeit selbst erfolgt ist
- Dass keine Unvereinbarkeiten in Hinblick auf die auszuübenden Tätigkeiten bestehen
- Dass keine Umstände bestehen, welche eine Unfähigkeit mit der öffentlichen Verwaltung Verträge abzuschließen bedingen
- dass gegen ihn/sie keine strafrechtlichen Verurteilungen verhängt worden sind und auch keine strafrechtlichen Verfahren behängen,
- In den letzten fünf Jahren, einschließlich das Laufende, von Seiten einer öffentlichen Verwaltung keine Vertragsauflösung wegen mangelnder Erfüllung der Verpflichtungen erfahren zu haben
- Einsicht in die gesamten Unterlagen dieses Verfahrens genommen zu haben und deren Vorschriften, Bedingungen und Verpflichtungen gänzlich anzunehmen;

**Adresse Ambulatorium:**-----

Datum .....

Unterschrift .....

N.B. Zwecks Gültigkeit der vorliegenden, vom Kandidaten unterschriebenen, Erklärung muss eine Kopie des Personalausweises beigelegt werden.