

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale dell'Azienda
Ospedaliera S. Maria di Terni
Viale Tristano di Joannuccio
05100 Terni
pec: aospterni@postacert.umbria.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
e residente in _____
Via/Piazza _____
con studio in _____
Via/Piazza _____
Tel. _____ Cellulare _____
E-mail _____ Pec _____
Codice fiscale/partita IVA _____
Dipendente presso _____
Con qualifica di _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'Albo Aziendale dei consulenti medico-legali istituito da codesta Azienda Ospedaliera per il conferimento di incarichi di consulenza tecnica in ambito medico legale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., nonché ai sensi degli art. 46 e 47 del medesimo D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere in possesso della specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni;
- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o di conflitto d'interessi con l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni;
- di non avere subito, negli ultimi cinque anni, sanzioni disciplinari attivate dall'Ordine di appartenenza in relazione all'esercizio della propria attività professionale;
- di aver stipulato polizza assicurativa per i rischi professionali;
- di possedere esperienza professionale, documentata in dettagliato *curriculum* professionale che si allega, da cui emergono le attività svolte, con particolare riferimento al settore della responsabilità professionale medica e alle attività peritali svolte in sede giudiziale e stragiudiziale;
- di riconoscere e accettare che l'iscrizione nella *short-list* di codesta Azienda non comporta alcun diritto ad essere affidatario di incarichi da parte della stessa;
- di riconoscere che l'iscrizione nell'elenco in oggetto determina l'obbligo di accettare tutte le condizioni previste dal Regolamento in caso di affidamento di singoli incarichi. In particolare, di accettare, tra l'altro, che i compensi siano calcolati secondo le modalità e nei termini espressamente disciplinati dal Regolamento;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni successiva variazione dei requisiti e/o delle situazioni di fatto/diritto e/o della perdita dei requisiti attestati e richiesti da codesta Azienda Ospedaliera;
- di impegnarsi, in caso di incarico, ad aggiornare in modo continuo e tempestivo l'Azienda sulle attività inerenti l'incarico ricevuto, allegando gli atti predisposti ed attenendosi ai massimi criteri di riservatezza in ordine a ogni fatto e atto di cui si venisse a conoscenza in virtù della prestazione professionale resa;
- di accettare tutte le norme presenti nel Regolamento;
- di allegare il proprio *curriculum* professionale;

- che i dati riportati nell'allegato *curriculum* sono veri;
- che non sussistono a proprio carico motivi ostativi a contrattare con la pubblica amministrazione;
- di autorizzare l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni stabilite dal GDPR 2016/679 e dal D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii., al trattamento dei propri dati personali, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

- *curriculum* professionale datato e sottoscritto;
- (eventuali altri documenti)
- copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso e leggibile
