

 **Modello di domanda**

 (fac simile domanda di partecipazione all’avviso interno)

 **AL DIRETTORE GENERALE**

 **DELLA ASL DI PESCARA**

 **Via R.Paolini, 47**

 **65124 PESCARA**

Il sottoscritt \_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di essere iscritto nell’elenco degli Psicologi di base della ASL di Pescara**.**

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, (con specifico riferimento agli artt. 19, 46 e 47) consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all’articolo 76 del medesimo decreto:

di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov. di \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, risiedere in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.di \_\_\_\_\_\_\_), alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso del diploma di laurea (Laurea Magistrale in Psicologia – Classe LM-51 – ex D.M. 270/2004) o Laurea Specialistica in Psicologia (Classe 58/S – ex D.M. 509/1999) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere iscritto all’Albo degli Psicologi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di non aver rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con le strutture del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale

 di aver svolto attività:

* nelle ASL dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tipo di contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nelle strutture socio-sanitarie pubbliche dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo di contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* nelle struture socio-sanitarie private accreditate della Regione Abruzzo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipo di contratto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( in questo caso è necessario produrre documentazione fiscale che comprovi l’atività contrattualmente svolta e/o di avere almeno 2 anni di anzianità contributiva)

di non aver riportato sentenza di condanna penale nell’ambito di eventuali procedimenti a proprio carico ( ovvero di aver riportato le seguenti sentenze di condanna- specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di non essere a conoscenza di indagini penali pendenti a proprio carico;

di riconoscere ed accettare che l’inserimento nel predetto elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte della ASL di Pescara;

di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi con la ASL di Pescara.

**Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR** Il titolare del trattamento dei dati è l’ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l’esecuzione di un contratto di cui l’interessato è parte o all’esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell’informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allego fotocopia fronte-retro documento d’identità nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. La presente dichiarazione non necessita dell’autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati, purché corredata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Informativa ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196: i dati sopraindicati verranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura concorsuale.

Si allega copia di un valido documento di identità

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_