All. A

Spett.le:

**AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA**

*Opera Pia Ospedale San Giovanni Battista*

Piazza Roma n. 6

02049 Torri in Sabina

*PEC:* [*operapiatorri@pec.it*](mailto:operapiatorri@pec.it)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione alla procedura comparativa per il conferimento di incarico esterno di infermiere a tempo determinato, in regime di collaborazione, per il supporto all’Ente nelle attività relative alla Casa di Riposo per Anziani.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione del relativo bando, propone la propria candidatura per svolgere nell’A.S.P. “Opera Pia Ospedale San Giovanni Battista” di Torri in Sabina l’incarico in oggetto per almeno un anno ed a tal fine allega la seguente documentazione:

* curriculum vitae e professionale debitamente sottoscritto, dal quale risulti l’elenco degli enti locali presso i quali eventualmente ha già svolto o sta svolgendo le funzioni richieste dall’avviso pubblico;
* dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà comprensiva dei dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali, a norma dell’art. 15 comma 1 del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (secondo modello di cui all’allegato B);
* informativa privacy (secondo modello di cui all’allegato C);

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. la propria disponibilità, in caso di nomina, ad accettare l’incarico di collaborazione dell’A.S.P in oggetto per 12 mesi;
2. di accettare il compenso lordo per l’incarico in questione in misura pari ad € 12.000,00 lordi + oneri a carico dell’Ente;
3. di prendere atto inoltre, che la durata dell’incarico potrà subire ridefinizioni nel caso di condizioni normative/organizzative eventualmente intervenute che incidano sulla continuità dell’ASP;
4. di impegnarsi in caso di nomina, sotto la propria responsabilità, a provvedere all’invio dell’aggiornamento annuale della dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La candidato/a ......................................

**N.B.** nel caso in cui alla proposta di candidatura non vengano allegati i documenti sopra menzionati la stessa non verrà tenuta in considerazione.