

## **Allegato 1**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome – scrivere in stampatello)

**Chiede di partecipare all'avviso per l'affidamento di un incarico di coordinatore tesi area Udinese rivolto a medici di medicina generale già tutor o animatori d'aula del Ceformed o titolari di altro incarico nell'ambito delle attività di programmazione della formazione per la Medicina Generale – Ceformed cicli formativi a partire dal 2022-2025.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e ss.mm.e ii., concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà e consapevole delle sanzioni penali previste all'art.76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

### **DICHIARA**

*(barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti inserendo in stampatello i dati richiesti)*

*barrare le caselle corrispondenti alla scelta e compilare gli spazi vuoti -tutti i campi di competenza sono obbligatori - inserendo in stampatello i dati richiesti)*

di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

di risiedere a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_

Posta Elettronica Certificata (PEC) \_\_\_\_\_

e-mail ordinaria \_\_\_\_\_

chiede che ogni necessaria comunicazione venga inviata al seguente indirizzo Posta Elettronica Certificata (PEC) \_\_\_\_\_

di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare le eventuali variazioni di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) ad ARCS, la quale non assume responsabilità alcuna in caso di irricevibilità delle comunicazioni presso l'indirizzo sopra riportato;

### **DICHIARA inoltre di**

- avere cittadinanza italiana o di altro Paese dell'Unione Europea, salvo ulteriori equiparazioni stabilite dalla legge;
- godere dei diritti civili e politici;
- non essere in condizioni che limitino od escludano, a norma di legge, la capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- non aver riportato condanne penali, con sentenza passata in giudicato e/o procedimenti penali pendenti noti all'interessato per reati che comportano l'interdizione dai pubblici uffici;
- insussistenza delle cause ostative previste dalla normativa vigente;
- di possedere i seguenti requisiti specifici di ammissione:

1) Barrare una sola casella

- ☐ Diploma corso di formazione specifica in Medicina Generale per i laureati post 1994
- ☐ Attività di Medico di medicina generale per i laureati ante 1994;

2) Barrare almeno una casella

- ☐ iscrizione all'Albo Tutor del CeForMed;
- ☐ iscrizione all'albo Animatori del CeForMed;
- ☐ titolare di altro incarico nell'ambito delle attività di programmazione della formazione per la medicina generale-Ceformed (indicare quale\_\_\_\_\_)

3) convenzionato nelle cure primarie con l'Azienda \_\_\_\_\_

4) di essere autore/coautore delle allegate pubblicazioni scientifiche nell'ambito delle cure primarie, preferibilmente nell'ambito dell'elaborazione di PDTA, percorsi assistenziali, linee di indirizzo o di audit clinici, frequenza o attestato di superamento di corsi specifici di metodologia della ricerca in Medicina Generale o di statistica medica (da allegare integralmente) che qui di seguito elenca:

---



---



---



---

ALLEGA scansione di:

- un documento di identità valido
- un curriculum vitae aggiornato, datato e firmato
- testo integrale di pubblicazioni edite a stampa.

Luogo e data della firma digitale

Firma digitale \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI  
INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ**

**(ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs.  
n. 39/2013 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche  
Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50 della Legge  
6 novembre 2012 n. 190"*, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e  
delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

- 1) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità che possano impedire lo svolgimento dell'incarico di coordinatore tesi nell'ambito dei corsi regionali di formazione specifica in medicina generale (d.lgs. 368/1999;
- 2) di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi rispetto alle attività previste dal suddetto incarico.

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione rispetto al contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data della firma digitale

Firma digitale \_\_\_\_\_