Alla SANITASERVICE ASL BA s.r.l.

Via G.Verdi, 36 - BARI

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO DI SELEZIONE PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICO DI CONSULENZA INFORMATICA IN FAVORE DI SANITASERVICE ASL BA S.R.L.**

Il/la sottoscritto/a ovvero lo studio individuale/associato ……………………………………………………………….. nato/a ……………….………( ) il………………………………. residente/domiciliato in ………..…………………………….. Piazza/Via ……………………………………………………….… n …….. P.IVA/C.F. …………………….…………………………….

Tel……………………………………… e-mail/pec …………………......................................... ove elegge domicilio;

Presa visione ed accettate le condizioni e tutte le prescrizioni previste dall’avviso pubblico

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura di selezione finalizzata all'affidamento dell’incarico di "Consulente Informatico". A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli arti. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
2. di godere dei diritti civili e politici ed essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

***(in caso di non iscrizione indicare i motivi di non iscrizione/cancellazione)***

1. (solo eventuale) di essere in possesso della cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. di non aver riportato condanne penali definitive che impediscano la sottoscrizione di un contratto per l’assunzione dell’incarico professionale come quello in argomento;
3. di non trovarsi in alcuna condizione che impedisca la predetta sottoscrizione contrattuale e di non essere stato coinvolto in alcun procedimento amministrativo o giudiziario previsto dal d.lgs. del 08/06/2001 n.231 e ss.mm.ii.;
4. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:
   * Laurea I livello (L) appartenente alle classi: L08 Lauree in Ingegneria dell'Informazione;
   * ovvero Diploma di laurea vecchio ordinamento (DL) in: Scienze dell'informazione,

Informatica, Ingegneria informatica;

* + ovvero Laurea specialistica (LS) appartenente alle classi: 23/S Informatica, 35/S

Ingegneria informatica;

* + ovvero Laurea Magistrale (LM) appartenente alle classi: LM-18 Informatica, LM-32

Ingegneria informatica;

* + ovvero altra laurea equipollente ai sensi delle norme vigenti;

1. di essere iscritto all’ all’Albo degli Ingegneri sezione A, settore dell’Informazione, dal………………………………. N. di iscrizione…………………………………………Prov. ……..
2. di aver maturato precedenti esperienze dimostrabili e documentabili presso Enti/Aziende pubbliche per almeno 5 anni e di almeno 5 anni in aziende private di medie dimensioni, alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda;
3. di non trovarsi in nessuna condizione di incompatibilità o di conflitto di interessi con la società;
4. di accettare tutte le condizioni previste nell’avviso per l’espletamento dell’incarico di consulente del lavoro;
5. di eleggere il proprio domicilio ai fini della presente procedura presso il proprio indirizzo di posta elettronica certificata personale;
6. di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del *Regolamento* (UE) n.679/2016;
7. che il proprio curriculum vitae è il seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO:** *indicare la tipologia di laurea conseguita (vecchio ordinamento, specialistica, magistrale), la disciplina (giurisprudenza, economia, ecc) l’Università e l’anno dei conseguimento, eventuali dottorati di ricerca. Dettagliare bene se si trattano di più lauree conseguite. Indicare pure l’esame di Stato. Di ognuno indicare la data di conseguimento e la relativa Università …* |  |
| **TITOLI PROFESSIONALI:** *indicare eventuali iscrizioni agli Ordini Professionali, nonché di Albi e Registri ( Albo degli Ingegneri,… ecc)* |  |
| **TITOLI DI FORMAZIONE:** *(qualificata e continua attività di formazione mediante la partecipazione a corsi di aggiornamento e di carattere accademico post laurea quali master di 1^ e 2^ livello etc.). Indicare anche corsi formativi specialistici I&T ed eventuali in ambito specialistico sanitario.* |  |
| **ATTIVITA’ PROFESSIONALI:** *(indicare il complesso delle attività professionali maturate dal candidato in ambito di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato (in entrambi i casi indicare la motivazione della chiusura del rapporto di lavoro). In questa categoria possono essere indicate anche le attività maturate in ambito accademico).* |  |
| **ESPERIENZA MATURATA:** *Per l'esperienza maturata in qualità di professionista esterno incaricato da Enti e/o Società operanti nel settore sanitario (indicare i dettagli dei periodi: dalla data-alla data e in anni, mesi e giorni solari)* |  |
| **EVENTUALI ALTRI TITOLI RITENUTI UTILI DAL CANDIDATO** del tipo *pubblicazioni nazionali ed internazionali (specificare dettagli e riferimenti) …* |  |

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione ai propri fatti, stati e qualità personali che dovessero intervenire nel corso dell’espletamento del mandato; ed autorizza la Sanitaservice Asl Ba srl all’effettuazione dei controlli e delle verifiche in ordine a quanto autocertificato con la presente dichiarazione.

(luogo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

Firma