

ALLA CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato Centrale
Segreteria del
Dipartimento delle attività socio sanitarie
e delle operazioni emergenza
Via Toscana 12
00187 - R O M A

Oggetto: Domanda di iscrizione nell'elenco dei professionisti esperti per le esigenze dell'area medica del Progetto Praesidium VI

Il/la sottoscritt _____
(indicare il cognome, per le donne quello da nubile, ed il nome), nat_ il ___/___/____
a _____ (provincia di _____),
residente a _____ (provincia di _____),
via/piazza _____ n. _____ (c.a.p. _____),
codice fiscale: _____/_____/_____/_____, tel. _____
cell. _____

CHIEDE

di essere iscritt___ nell'elenco di cui in oggetto come prescritto dal bando approvato con la Determinazione Dipartimentale n. _____ del _____ pubblicato sul sito internet della Croce Rossa Italiana in data _____.

Dichiara a tal fine:

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
2. di essere iscritto al relativo ordine professionale;
3. di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione: _____
4. di conoscere la lingua inglese e/o francese scritta e parlata(indicare lingua e livello di conoscenza) _____;
5. di conoscere e saper utilizzare i programmi informatici scritturali e foglio di calcolo elettronico(tipo "word" ed "excel");
6. di aver / non aver acquisito esperienza professionale lavorativa come indicata nell'avviso di selezione;
7. di aver/non aver effettuato pubblicazioni attinenti i settori indicati nell'avviso di selezione;
8. di avere/non avere la buona conoscenza di una o più lingue o idiomi parlati nei paesi dei richiedenti asilo (indicare lingua e livello di conoscenza degli idiomi arabo, farsi, tigrino, amarico, somalo, bangla....) _____

Dichiara inoltre di:

a) di essere cittadino/a italiano/a ovvero cittadino/a del seguente stato: _____;

- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____;
- oppure (indicare i motivi della mancata iscrizione) _____;
- d) di non aver riportato condanne penali ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali _____;
- e) di non aver procedimenti penali pendenti a proprio carico ovvero di avere procedimenti penali pendenti a proprio carico per i seguenti procedimenti penali _____;
- f) di trovarsi, per quanto riguarda gli obblighi militari, nella seguente posizione _____;
- g) che non esistono situazioni di incompatibilità anche conseguenti all'abbinamento tra la propria attività professionale comunque svolta e l'attività prestata a favore della Croce Rossa Italiana;
- h) non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi o in concorrenza con quella da prestarsi a titolo di collaborazione;
- i) non essere stato destituito da incarichi conferiti da parte di Uffici della Pubblica amministrazione;
- j) di essere a conoscenza e di accettare il "*Regolamento recante la disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione professionale ad esperti esterni la Croce Rossa Italiana*"
- k) di autorizzare la Croce Rossa al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della presente procedura.

Allega alla presente:

1. Curriculum vitae regolarmente documentato e firmato;
2. Copia fotostatica di un documento di identità;
- 3.

Varie: _____

Il/La candidato/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono sanzionati penalmente come previsto dall'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Chiede che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata all'indirizzo sotto indicato, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive. Al riguardo riconosce che l'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità in caso di dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Indirizzo _____

Telefono _____

Fax _____

e- mail _____

Luogo e data _____

Firma
