Allegato A

MODELLO DI DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO **DEI CONSULENTI MEDICO/LEGALI** PER L'ESPLETAMENTO DI CONSULENZE ATTINENTI LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI **DEL COMUNE DI TRINITAPOLI**

**Professionista singolo**

Il/La sottoscritta.............................................................................................................................

nato/a a....................................................................................il.............................................

codice fiscale/P.IVA...............................................................................................................

residente in .........................................................................................................................................

via.........................................................................................................................................

con studio in............................................................via.........................................................

tel...........................................................................fax...........................................................e-mail.....................................................................................................................................

PEC.........................................................................................................................................in possesso del titolo di studio di laurea in Medicina e Chirurgia, con specializzazione in Medicina Legale ovvero, in alternativa, in Medicina del Lavoro o Ortopedia e Traumatologia. conseguito presso l'Università degli studi di.........................................................................................................................

iscritto all'Albo dei Medici di...............................................................................dal........................................................

**Studio MEDICO associato**

Il/La sottoscritta.............................................................................................................................

nato/a a....................................................................................il.............................................

codice fiscale/P.IVA...............................................................................................................

residente in .........................................................................................................................................

via.........................................................................................................................................

con studio in............................................................via.........................................................

tel...........................................................................fax...........................................................e-mail.....................................................................................................................................

PEC.........................................................................................................................................in possesso del titolo di studio di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA con specializzazione in Medicina Legale ovvero, in alternativa, in Medicina del Lavoro o Ortopedia e Traumatologia, conseguito presso l'Università degli studi di.........................................................................................................................

iscritto all'Albo degli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di...............................................................................dal........................................................

in qualità di Professionista delegato dello Studio MEDICO Associato................................................................................................................................P.IVA.......................................................................................................................................

con sede in..............................via..........................................................................................

e-mail.........................................................................................................................................

PEC.........................................................................................................................................

**CHIEDE**

di essere inserito/a nell'elenco dei **CONSULENTI MEDICO/LEGALI** PER L'ESPLETAMENTO DI CONSULENZE ATTINENTI LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI **DEL COMUNE DI TRINITAPOLI**

A tal fine

**TRASMETTE**

il *curriculum* professionale per la valutazione del possesso dei requisiti e, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/200 ed ai sensi degli artt. 46 e 48 del medesimo D.P.R..

**DICHIARA DI**

* essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
* godere dei diritti civili e politici;
* essere regolarmente iscritto/a all'ordine dei MEDICI Chirurghi, con specializzazione in Medicina Legale ovvero, in alternativa, in Medicina del Lavoro o Ortopedia e Traumatologia, di...................... **da almeno tre ann**i, iscrizione N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di esercitare con continuità la pratica medica;
* non versare nelle condizioni di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
* essere libero professionista e di non aver in corso alcun rapporto di lavoro dipendente, nè pubblico, nè privato, neppure a tempo parziale;
* non essere destinatario di procedimenti conclusi nei propri confronti con l'adozione di provvedimenti disciplinari da parte del Consiglio dell'ordine dei Medici di appartenenza;
* non aver mai subito provvedimenti giudiziali relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la pubblica amministrazione;
* non essere in conflitto di interessi con il Comune di Trinitapoli e di impegnarsi a comunicare allo stesso l'insorgenza di ogni causa di conflitto di interessi, anche potenziale, entro 30 giorni dall'insorgere della stessa;
* accettare che l'iscrizione nell'Elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte del Comune di Trinitapoli, né l'instaurarsi di un rapporto di lavoro subordinato con l'Ente, e di accettare i criteri di utilizzo dell'elenco stabiliti nell'avviso pubblico;
* accettare espressamente, in caso di eventuale affidamento di incarico professionale, le condizioni di cui al punto 9 e 10, dell'avviso pubblico;
* impegnarsi, in caso di eventuale affidamento di incarico, ad accettare il compenso relativo ai parametri **minimi** stabiliti dal Consiglio Direttivo Nazionale del S.I.S.M.L.A.
* avere una comprovata esperienza professionale nelle attività alla/e quale/i si chiede l'iscrizione, come risultante dal curriculum vitae e professionale allegato;
* attenersi ai massimi criteri di riservatezza in ordine ad ogni fatto o atto di cui venisse a conoscenza in virtù della prestazione professionale eventualmente resa e di assumere tale responsabilità anche per i collaboratori;
* comunicare immediatamente ogni eventuale atto modificativo alla presente dichiarazione e di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Trinitapoli si riserva, se tali modifiche lo comportano, di cancellarlo/la dall'elenco costituito a seguito dell'Avviso, fatto salvo altresì il diritto alla revoca degli incarichi già conferiti;
* avere polizza assicurativa per la copertura della propria responsabilità professionale;
* autorizzare il Comune di Trinitapoli al trattamento dei propri dati personale, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, per tutte le procedure relative e/o conseguenti all'iscrizione all'elenco.

Luogo e data

 FIRMA

*Allega:*

*- copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;*

*- curriculum professionale datato e sottoscritto.*

*Nel caso di Studio Associato, tale domanda dovrà essere sottoscritta dal professionista delegato e dovrà essere allegato il curriculum del Medico che lo studio intende destinare all’incarico professionale inerente il presente Avviso.*