ALLEGATO 2

A cura del Professionista in quiescenza

Dichiarazione assenza di incompatibilità

Il/la

sottoscritto/a _____,
espressa la propria disponibilità a frequentare con incarico di collaborazione a titolo gratuito, ai sensi dell'art.5,
comma 9, D.L. 95/2012, senza alcuna remunerazione, l'Unità Operativa/Servizio di
_____ presso _____
con sede in _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i.
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,

di essere nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n.° _____
CAP _____ domicilio _____ Via _____ n.° _____
CAP _____ cittadinanza _____

telefono _____

Indirizzo e mail (scritto in stampatello) _____
codice fiscale _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in _____ conseguita il _____
presso _____

Diploma di specializzazione in _____ conseguito il _____
presso _____

Dottorato di ricerca in _____ conseguito il _____

Presso _____

di non aver riportato condanne penali;

di aver riportato le seguenti condanne penali:

di avere i seguenti procedimenti giudiziari in corso:

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì:

di non svolgere attività nè in regime libero-professionale né presso strutture private nella disciplina o nel
settore oggetto del medesimo incarico;

di aver preso visione della Circolare per la regolamentazione degli incarichi gratuiti al personale in
quiescenza per la frequenza volontaria presso le strutture dell'AOU Federico II e di accettarne le condizioni;

di essere a conoscenza che la frequenza volontaria presso le Strutture dell'AOU Federico II non costituisce
in alcun modo vincolo di rapporto di lavoro dipendente, convenzionato, autonomo o similari ;

di impegnarsi a sottostare agli obblighi in materia di sicurezza e sorveglianza sanitaria e all'osservanza di ogni altra disposizione e prescrizione previste dalle vigenti disposizioni aziendali in materia di sicurezza ed esposizione a rischi;

di assumersi ogni rischio derivante dalla frequenza presso l'Unità Operativa/Servizio di cui alla presente richiesta e di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità;

di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione, verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Il/La sottoscritto/a allega:

copia della polizza assicurativa

copia documento di riconoscimento in corso di validità

Dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili, necessari al fine dello svolgimento delle funzioni istituzionali nel rispetto del GDPR e del D.lgs. n. 196/03 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a infine si IMPEGNA a rispettare gli Obblighi dei lavoratori di cui all'art. 20 del D. Lgs 81/2008

Data _____ Firma _____

I dati saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, per gli adempimenti previsti da Leggi e Regolamenti. Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli sensibili, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 ad oggetto "Codice in materia di protezione dei dati personali e del successivo Regolamento europeo GDPR 679/2016 di pari oggetto

Data _____ Firma _____