



S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Direttore: Dott.ssa Marialaura De Filippo

**AVVISO PUBBLICO
PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER
MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PER SOSTENERE LE ATTIVITÀ CHIRURGICHE AZIENDALI**

Pubblicato sul sito internet aziendale il 18.9.2026

I TERMINI DEL PRESENTE AVVISO
SI CONSIDERANO APERTI SINO A COPERTURA DELLE NECESSITÀ AZIENDALI

Questa Amministrazione in esecuzione della deliberazione n. 727 del 17.9.2026 ha indetto Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi libero professionali per

***MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PER SOSTENERE LE ATTIVITÀ CHIRURGICHE AZIENDALI***

alle seguenti condizioni:

attività: *sostenere le attività chirurgiche di questa ASST;*

compenso complessivo: *Euro 480,00 a seduta. Le sedute si svolgeranno nell'ambito dell'attività dei turni previsti, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, dal lunedì al sabato. Ciascuna seduta avrà durata di ore 6. (1° seduta: dalle ore 8,00 alle ore 14,00) – (2° seduta: dalle 14,00 alle 20,00).*

Il compenso verrà liquidato ed accreditato ai professionisti previa presentazione di regolare fattura elettronica entro i primi 10 giorni del mese successivo alla prestazione.

La fattura elettronica dovrà obbligatoriamente contenere, pena scarto dal sistema, i riferimenti dell'ordine elettronico (nr. ordine, data ordine, identificativo endpoint) con il seguente format:

Numero ordine: RU-XXXX-YYY (X=Anno di riferimento, Y=Numero ordine)

Data ordine: GG/MM/AAAA

Endpoint: #P7QLC5#

La corresponsione del compenso potrà avere luogo anche con cadenza mensile in ragione dello stato di avanzamento dell'attività affidata, sempre previa presentazione di regolare fattura.

Non sono previsti rimborsi per spese di viaggio o altre spese comunque denominate;

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it



durata dell'incarico: ***dalla data che verrà indicata nel disciplinare d'incarico e per la durata di mesi 12;***

modalità: ***Il Direttore del Dipartimento di Area Emergenza Urgenza concorderà con il professionista l'attività da svolgere in relazione alle necessità.***

A. REQUISITI DI AMMISSIONE (GENERALI E SPECIFICI)

1. ***Cittadinanza italiana*** ovvero ***cittadinanza di uno degli Stati Membri dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari di diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente (art.38, co.1, D.Lgs. 165/2001).***

I cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti in Italia, in possesso di un permesso valido alla scadenza dell'avviso che consenta lo svolgimento dell'attività lavorativa relativa all'incarico in questione ovvero i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso UE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" (ai sensi art.38, co.3 bis, D.Lgs. 165/2001).

La partecipazione è ammessa ai candidati non comunitari in possesso di permesso di soggiorno valido.

*L'eventuale conferimento dell'incarico è tuttavia subordinato al possesso di un permesso che consenta lo svolgimento di attività lavorativa autonoma/libero professionale in Italia, ai sensi della normativa vigente; è ammessa la partecipazione dei titolari di permesso per motivi studio **solo** se il candidato dimostra di aver avviato la procedura di conversione e si impegna a esibire copia del titolo convertito prima del conferimento.*

Il conferimento dell'incarico è subordinato alla verifica della regolarità del titolo di soggiorno; in caso di irregolarità il contratto sarà risolto.

*La mancata presentazione, entro i termini stabiliti dall'Amministrazione, di un permesso idoneo allo svolgimento dell'attività lavorativa comporta **la decadenza dal diritto di conferimento dell'incarico.***

2. *idoneità fisica all'impiego che verrà accertata dall'Azienda, prima dell'immissione in servizio;*
3. *Laurea in Medicina e Chirurgia;*
4. *iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici. L'iscrizione al corrispondente Albo Professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione all'avviso, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'Albo in Italia prima dell'assunzione in servizio;*
5. *Specializzazione nella disciplina di Anestesia e Rianimazione.*

L'avviso è riservato altresì ai professionisti collocati in quiescenza, gli stessi potranno prendere servizio per la durata di mesi 6 e non oltre il 31.12.2026, come da normativa vigente.

La selezione avviene ad opera di apposita Commissione.

Verranno conferiti gli incarichi attraverso la valutazione comparativa dei curricula dei candidati in riferimento all'incarico da conferire.

La domanda dovrà essere formulata secondo lo schema allegato e alla stessa dovrà essere allegato un curriculum vitae datato e firmato.



B. DOCUMENTI DA ALLEGARE

L'istanza di partecipazione deve obbligatoriamente comprendere:

1. la domanda di partecipazione come da modello allegato;
2. il curriculum formativo e professionale in carta semplice, datato e firmato dal candidato in formato europeo riportando in particolare le informazioni attinenti all'incarico da conferire.
3. pubblicazioni o certificazioni relative ai titoli che ritenga opportuno presentare agli effetti delle valutazioni di merito e della formazione della graduatoria, compreso eventuale foglio matricolare o stato di servizio a documentazione del servizio militare (legge 24.12.1986 n. 958).

I documenti allegati alla domanda di partecipazione all'avviso, possono essere prodotti secondo le seguenti modalità:

- in fotocopia semplice con dichiarazione di conformità all'originale, formulata nel contesto della domanda di ammissione, secondo le indicazioni riportate nella stessa;
- in fotocopia semplice unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà separata dalla domanda di ammissione, con cui si attesta che gli stessi sono conformi all'originale. La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia accompagnata da copia fotostatica fronte/retro, non autenticata, di un documento di identità; non saranno prese in considerazione le dichiarazioni sostitutive che non siano accompagnate dalle copie dei documenti dichiarati conformi all'originale;
- autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'autocertificazione dei titoli deve contenere tutti gli elementi necessari per una valutazione di merito. In particolare per i servizi prestati deve essere attestato l'Ente presso il quale il servizio è stato prestato, le posizioni funzionali o le qualifiche e l'eventuale disciplina ricoperte, le date iniziali e finali del servizio con l'indicazione del tipo di rapporto (determinato/indeterminato, tempo parziale con relativa percentuale), eventuali periodi di sospensione del rapporto, nonché se ricorrono o meno le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. n. 761/1979. In caso positivo, il candidato deve precisare la misura della riduzione del punteggio. La suddetta autocertificazione deve essere accompagnata da copia fotostatica fronte/retro di un documento di identità del sottoscrittore.

Qualora le autocertificazioni e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà risultassero incomplete o imprecise e non siano redatte secondo le modalità sopra indicate, non saranno valutate.

Non si terrà conto dei titoli che non siano chiaramente identificabili, nonché dei titoli che il candidato abbia solo dichiarato di possedere senza produrli secondo le modalità sopra precisate entro la data di scadenza del presente avviso.

Si precisa che ai sensi dell'art. 40, comma 1, del D.P.R. 445/2000, così come modificato dall'art. 15 della Legge n. 183 del 12.11.2011 "Le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47".

A parità di punteggio nella graduatoria finale verrà data applicazione all'art. 2, comma 9, della Legge 16 giugno 1998 n. 191.

Si precisa che questa Amministrazione garantisce pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro (artt. 7 e 57 - D.Lgs. 30.3.2001 n. 165 - D.Lgs. 11.4.2006 n. 198 - D.Lgs 25.1.2010 n. 25).

La sottoscrizione della domanda da parte del candidato è consentita con le seguenti modalità:

- firma digitale e con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;
- in alternativa, firma olografa e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it



La presentazione della domanda di partecipazione potrà avvenire **esclusivamente** mediante invio al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) : protocollo@pec.asst-settelaghi.it.

Nella PEC di trasmissione l'oggetto dovrà chiaramente l'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare nonché il cognome e il nome del candidato.

La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, **in un unico file in formato PDF**, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopra indicato.

Eventuali candidature trasmesse ad altra casella di posta elettronica, diversa da quella indicata, non verranno prese in considerazione.

Il termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, dei documenti e dei titoli pervenuti dopo la scadenza del termine stesso.

IMPORTANTE – RILASCIO ID CANDIDATO

Completate le operazioni sopra elencate, il candidato riceverà, una PEC di conferma nella quale sarà riportato il numero di protocollo, rilasciato in automatico dal sistema di Protocollo Aziendale, che identifica il codice ID assegnato alla domanda di partecipazione (es. 0000000/anno di riferimento).

L'ID sarà utilizzato ai fini della convocazione e nelle eventuali fasi successive della procedura.

Il candidato è tenuto a conservare il proprio codice ID.

Il candidato è tenuto a monitorare la propria posizione rispetto alle fasi di espletamento della procedura utilizzando il codice ID.

C. CONFERIMENTO DELL'INCARICO

Le condizioni e le modalità di svolgimento dell'incarico eventualmente conferito verranno stabilite nel disciplinare di incarico che l'interessato verrà chiamato a sottoscrivere.

L'incarico è conferibile previa presentazione all'Azienda della copia della polizza assicurativa che dovrà coprire:

- ~ il rischio RCT, con un massimale non inferiore a Euro 1.500.000,00, con la precisazione che fra i terzi devono essere ricompresi anche tutti i dipendenti dell'Azienda e tutti coloro che vi prestano attività in virtù di rapporti convenzionali, o in quanto titolari di incarichi libero-professionali o di collaborazione coordinata e continuativa;
- ~ il rischio infortuni, con un massimale non inferiore a Euro 207.000,00 per morte e non inferiore a Euro 258.000,00 per invalidità permanente.

L'eventuale conferimento dell'incarico impegna il Professionista all'osservanza di quanto disposto dal Codice di Comportamento Aziendale e all'ottemperanza degli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs 33/2013, come previsti dalla vigente normativa in materia e dalle disposizioni aziendali.

L'attribuzione dell'incarico professionale rientra nella piena discrezionalità dell'ASST Sette Laghi che si riserva la facoltà di non provvedere ad alcun conferimento in caso di sopravvenute esigenze aziendali o progettuali ovvero qualora sulla base delle domande pervenute non vi siano aspiranti ritenuti idonei dalla commissione ovvero per effetto di sopraggiunte disposizioni e/o circostanze ostative.

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA) Ospedale Filippo Del Ponte (VA) Ospedale di Cuasso al Monte
Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)
Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111
Ospedale Carlo Ondoli (Angera)
ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it



Questa ASST si riserva, inoltre, la facoltà di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rilevasse la necessità e/o l'opportunità, per il venir meno delle cause che hanno determinato l'emissione dello stesso ovvero per ragioni di pubblico interesse senza che gli aspiranti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

Si informa che, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 10.8.2018 n. 101:

- i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane di questa Azienda e trattati per le finalità di gestione della presente procedura e del rapporto di lavoro instaurato;
- il trattamento viene effettuato con strumenti cartacei ed informatici a disposizione degli uffici;
- i dati potranno essere comunicati unicamente alle amministrazioni pubbliche interessate alla posizione giuridico-economica dei candidati;
- il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione;
- il responsabile del trattamento è il Dirigente responsabile della Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane;
- l'interessato gode dei diritti dettati dalla normativa vigente in materia, tra i quali il diritto di recesso ai dati che lo riguardano, il diritto di rettificare, completare o cancellare i dati erranei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendosi alla Struttura Complessa Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Per qualsiasi informazione gli interessati potranno rivolgersi via e-mail all'indirizzo ufficio.concorsi@asst-settelaghi.it o telefonicamente all'Ufficio Concorsi dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi c/o Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese - telefono 0332-278918-278919 (orari al pubblico: dal lunedì al giovedì dalle ore 10,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 15,00 – il venerdì dalle ore 10,30 alle ore 12,00).

Varese, 18.9.2026

Prot. n. 0080662 del 18.9.2026

Il Direttore Generale
F.to Dott. Mauro Moreno



AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Viale Borri, 57 - 21100 VARESE VA

_ l _ sottoscritt _____

(cognome) _____ (nome) _____

nat _ a _____ (Prov. di _____)

il _____ Codice Fiscale _____

P.IVA _____
(da possedere al momento della stipulazione del contratto)

e residente in _____ (Prov. di _____)

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

N. tel. / cell. _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 incarico libero professionale per **MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE per sostenere le attività chirurgiche aziendali.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti,

DICHIARA

1. ☐ di essere disponibile a garantire il servizio per un massimo di n. _____ ore settimanali
2. ☐ di non essere collocato in quiescenza
☐ di essere collocato in quiescenza dal _____
3. ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana;
4. ☐ (per i cittadini appartenenti ad uno stato della UE) di essere cittadino/a dello Stato: _____;
☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____



- ☐ di essere familiare di cittadino di uno stato membro dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno stato membro, che è titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- ☐ cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea che siano titolari del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di "rifugiato" o di "protezione sussidiaria";
- ☐ cittadini di Paesi terzi all'Unione Europea: essere in possesso di permesso di soggiorno (*è obbligatorio specificare il titolo di soggiorno. Ad es. permesso di soggiorno 1) per lavoro autonomo (idoneo; richiede documentazione attività autonoma e requisiti reddituali); 2) per ricerca/dottorato (da valutare caso per caso); 3) per motivi di studio (non idoneo salvo conversione – limite 20 ore settimanali se non convertito); 4) per attesa occupazione (potenzialmente idoneo se titolo conseguito in Italia; temporaneo; non sempre autorizza al lavoro autonomo); etc.*): _____

➤ *nel caso di partecipazione di titolari di permesso per motivi studio)*

- ☐ di impegnarsi a esibire copia del titolo convertito prima dell'affidamento.

5. ☐ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

6. ☐ di aver preso atto e di essere informato che:

- l'eventuale conferimento dell'incarico è comunque subordinato: al possesso di un permesso che consenta lo svolgimento di attività lavorativa autonoma/libero professionale in Italia, ai sensi della normativa vigente;
- la mancata presentazione, entro i termini stabiliti dall'Amministrazione, di un permesso idoneo allo svolgimento dell'attività lavorativa comporta **la decadenza dal diritto di conferimento dell'incarico.**
- l'affidamento è subordinato alla verifica della regolarità del titolo di soggiorno; in caso di irregolarità il contratto sarà risolto.
- la mancata presentazione, entro i termini stabiliti dall'Amministrazione, di un permesso idoneo allo svolgimento dell'attività lavorativa comporta **la decadenza dal diritto di conferimento dell'incarico.**

7. ☐ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____

☐ di non essere iscritto/a nelle liste elettorali per il seguente motivo _____

8. ☐ di non aver subito condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso

☐ di aver subito le seguenti condanne penali _____

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso _____

indicare n. di R.G.N.R. _____ e Procura di riferimento _____

9. ☐ di essere in possesso delle seguenti Lauree in:

conseguito presso _____ il _____

conseguito presso _____ il _____

10. ☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 in disciplina di _____

presso _____ il _____

con durata legale del corso di studio di anni _____

(anno accademico di iscrizione _____ anno accademico di conseguimento _____)

☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 368/99 in disciplina di _____

presso _____ il _____

(anno accademico di iscrizione _____ anno accademico di conseguimento _____)

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it



con durata legale del corso di studio di anni _____
☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 368/99 in disciplina di _____

presso _____ il _____
(anno accademico di iscrizione _____ anno accademico di conseguimento _____)

☐ di essere in possesso del diploma di Specializzazione non conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 in disciplina di _____

presso _____ il _____
(anno accademico di iscrizione _____ anno accademico di conseguimento _____)

11. ☐ di essere iscritto all'ordine _____
di _____ al n. _____ dal _____

12. ☐ di essere abilitato all'esercizio della professione;

13. ☐ di aver prestato/prestare le seguenti attività/rapporti di lavoro:

► **denominazione Ente/Azienda** _____
(indicare se Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente Privato)

Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ CAP _____

☐ **dipendente a tempo indeterminato/determinato** dal _____ al _____
0 tempo pieno/unico (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)
0 tempo definito
0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)
profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto libero professionale (ore settimanali _____)** dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)
profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (CO.CO.CO.)**
(ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)
profilo _____ disciplina _____

► **denominazione Ente/Azienda** _____
(indicare se Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente Privato)

Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ CAP _____

☐ **dipendente a tempo indeterminato/determinato** dal _____ al _____
0 tempo pieno/unico (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)
0 tempo definito
0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)
profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto libero professionale (ore settimanali _____)** dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)



profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (CO.CO.CO.)**

(ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

profilo _____ disciplina _____

► **denominazione Ente/Azienda _____**

(indicare se Ente Pubblico o Ente Accreditato o Ente Privato)

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____ CAP _____

☐ **dipendente a tempo indeterminato/determinato** dal _____ al _____
0 tempo pieno/unico (giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

0 tempo definito

0 tempo ridotto (n. ore settimanali _____)

profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto libero professionale (ore settimanali _____) dal _____ al _____**
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

profilo _____ disciplina _____

☐ **con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (CO.CO.CO.)**

(ore settimanali _____) dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

profilo _____ disciplina _____

14. ☐ **di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:**

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____ per i seguenti motivi _____

15. ☐ **di essere fisicamente idoneo/a allo svolgimento delle mansioni relative al posto messo a bando;**

16. ☐ **di non essere inadempiente rispetto all'obbligo di versamento derivante dalla notifica di una o più cartelle di pagamento per un ammontare complessivo pari o superiore a Euro 5.000,00;**

17. ☐ **di appartenere a categorie con diritto a preferenze ai sensi della normativa statale:**

18. ☐ **che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali successive variazioni ed esonera la ASST Sette Laghi da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità:**

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Città _____ Prov. _____ Tel n. _____

mail _____ @ _____

pec _____ @ _____

19. ☐ **che i documenti allegati alla presente istanza, numerati da 1 a _____ sono conformi agli originali, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;**

Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi – Polo Universitario

Direzione e sede: viale Borri 57 - 21100 Varese - Tel 0332.278.111 - www.asst-settelaghi.it - P.Iva e C.F. 03510050127

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (VA)

Ospedale Filippo Del Ponte (VA)

Ospedale di Cuasso al Monte

Ospedale Causa Pia Luvini (Cittiglio) Ospedale Luini Confalonieri (Luino)

Ospedale Luigi Galmarini (Tradate) - Tel. 0331.817.111

Ospedale Carlo Ondoli (Angera)

ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it PEC: protocollo@pec.asst-settelaghi.it



20. ☐ di manifestare il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs 30.6.2003 n. 196 e s.m.i. nonché del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), per gli adempimenti connessi alla presente procedura;

21. Per i cittadini dell'Unione Europea:

☐ di godere dei diritti civili e politici nello stato di appartenenza
ovvero (specificare i motivi in caso negativo) _____

Data _____

FIRMA

AUTENTICAZIONE DI SOTTOSCRIZIONE OMESSA AI SENSI DELL'ART. 38, COMMA 3, DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

Note: devono essere contrassegnate tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate

SOTTOSCRIZIONE NON IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO

☐ Allegato alla presente, fotocopia documento di identità n. _____

rilasciato il _____ da _____