

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DI FISICA SANITARIA  
PER LE SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI UBICATE PRESSO I PRESID  
SANITARI DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
(autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

con sede in Via \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva n. \_\_\_\_\_

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi,  
ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle  
leggi speciali in materia di falsità negli atti

**DICHIARA**

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di non avere riportato condanne penali o provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;

**oppure**

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali .....

- ☐ di non avere procedimenti penali in corso, per quanto di propria conoscenza;

**oppure**

☐ di avere i seguenti procedimenti penali in corso .....

- l'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione delle prestazioni professionali oggetto dell'avviso pubblico;

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

**oppure**

**(per i laureati privi di specializzazione)**

- ☐ di aver svolto almeno cinque anni di servizio nella disciplina di fisica sanitaria o nelle discipline equipollenti così come definite nel Decreto del Ministro della Sanità 30 gennaio 1998 e s.m. presso \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>
- l'assenza di situazioni comportanti l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ di non aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di affidamenti incarichi professionali per inadempimento negli ultimi cinque anni;

**oppure**

- ☐ di aver subito da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di affidamenti di incarichi per inadempimento negli ultimi cinque anni, per i seguenti motivi \_\_\_\_\_
- di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- di dare garanzia di reperibilità e copertura durante la prestazione da svolgere;
- di avere esaminato tutta la documentazione relativa alla procedura in oggetto (avviso pubblico e relativi allegati) e di accettare integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni in essa contenuti;
- di rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza delle prestazioni svolte, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., e di impegnarsi altresì, a non divulgare dette elementi, anche al fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

**(Se dipendente di Pubblica Amministrazione),** dichiara altresì:

- di essere autorizzato dalla propria Amministrazione di appartenenza allo svolgimento delle attività di cui trattasi, come evincesi dal nulla osta preventivo allegato alla presente dichiarazione.

*In fede:* \_\_\_\_\_  
Data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

<sup>1</sup> Riportare la denominazione ed indirizzo delle strutture del servizio sanitario nazionale o delle strutture sanitarie accreditate ove è stato svolto il servizio ed il relativo periodo.