**Allegato A**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Alla Fondazione CISOM

[cisom@pec.it](mailto:cisom@pec.it)

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione per la selezione del personale medico da impiegarsi nell’ambito del progetto **PASSIM 2** - Primissima assistenza sanitaria nelle operazioni di soccorso in mare – da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, Obiettivo Specifico 1 Asilo, Obiettivo nazionale 1 Accoglienza/Asilo

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………… data di nascita ………..……………………………………… luogo di nascita …………………………… prov. (…) Codice Fiscale …..……………………………………………… residente in ………………………………………….…………. prov. (…) Via/Piazza .………………………………………… CAP…………………………… consapevole delle sanzioni e delle pene previste in caso di false attestazioni e di mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445 del 2000:

**DICHIARA**

di presentare la propria candidatura per partecipare alla formazione di un elenco di 50 medici di cui avvalersi nel periodo compreso tra 01.07.2019 ed il 30.06.2020 sui mezzi aereo-navali della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza, impegnati nelle attività di salvataggio in mare delle popolazioni migranti nell’ambito del progetto PASSIM 2 - Primissima assistenza sanitaria nelle operazioni di soccorso in mare – da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020, Obiettivo Specifico 1 Asilo, Obiettivo nazionale 1 Accoglienza/Asilo, di cui è co-beneficiaria la Fondazione Corpo Italiano di Soccorso del Sovrano Ordine Militare – CISOM

**DICHIARA inoltre**

1. 🞏 di essere titolare della cittadinanza italiana;
2. **riservato ai cittadini non titolari della cittadinanza italiana**:

🞏 di essere cittadino …………………………………………………………………….. (Stato membro dell’UE);

🞏 di essere cittadino ……………………………………………………….………….. (Paesi Terzi) e di essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo n. ……………..…………. rilasciato da ………………………………..……. in data …………………………………………………………..…..;

ovvero

🞏 di aver ottenuto il riconoscimento dello status di rifugiato con provvedimento n. …………………….……………. rilasciato da …………………………………………. in data …………………………;

ovvero

🞏 di aver ottenuto il riconoscimento dello status di beneficiario di protezione sussidiaria con provvedimento n. …………………………..…. rilasciato da …………………………….. in data ………………..;

ovvero

🞏 di non avere la cittadinanza di uno stato membro dell’Unione europea ma di essere familiare di ……………………………………………………………………………………… in possesso della Cittadinanza europea dello Stato …………………………………………………….. e di essere titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente UE rilasciato da ………………………………………………………………. in data ……..…………………..

1. 🞏 di avere perfetta conoscenza della lingua italiana;
2. 🞏 di aver riportato condanne penali, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti al capo 1, titolo II del libro II del codice penale e non essere stato destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di interdizione e di provvedimenti giudiziari iscritti nel casellario giudiziale;

🞏di non aver riportato condanne penali, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti al capo 1, titolo II del libro II del codice penale ed essere stato destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di interdizione e di e di provvedimenti giudiziari iscritti nel casellario giudiziale (anche se sia stata concessa amnistia, condono, indulto o perdono giudiziario); *indicare quali*……………………………………………………………………..;

1. **🞏** di conoscere la lingua francese e/o inglese;
2. di essere in possesso della Partita Iva n…………………………;
3. **🞏** di essere in grado di nuotare;
4. di pesare …………….. chilogrammi ed avere un’altezza ……………… centimetri;

**DICHIARA, inoltre**

1. **🞏** di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia (del vecchio ordinamento o magistrale del nuovo ordinamento), in data ……………………. presso l’Università……………………, con la votazione di………………;
2. **riservato ai candidati in possesso di titolo di studio conseguito all’estero o di titolo estero conseguito in Italia:**

**🞏** di aver conseguito il titolo di laurea …………………………………… presso l’Università……………………………………………………………………..Stato………………… con voto………. Equivalente – in centodecimi – al voto ………./110 (indicare l’estremo del provvedimento di equiparazione o equivalenza e l’ente competente al riconoscimento secondo la vigente normativa in materia ………………………………………………………………);

1. di essere attualmente iscritto all’Albo dei Medici, Chirurghi e degli Odontoiatri tenuto dall’Ordine Provinciale di …………………, con il n. …………., a decorrere dalla data del …………………;
2. di aver conseguito in data ……………………….. l’abilitazione all’uso del defibrillatore automatico esterno (BLSD Basic Life Support - Early Defibrillation) presso ………………………. ovvero di aver conseguito in data ……………………... l’attestato di partecipazione a corsi di formazione in ALS (Advanced Life Support) presso ………………………….;
3. **🞏** di essere titolaredi una polizza assicurativa per responsabilità civile professionale (Compagnia assicurativa …………………….…. / numero polizza…………………..) idonea a garantire il professionista dai danni subiti durante le operazioni di soccorso prestate a bordo dei mezzi aeronavali della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza e da quelli provocati a terzi o cose nel corso di tali attività;
4. **🞏** di aver conseguito in data ………..… presso l’Università ……………………………………………… il diploma universitario di specializzazione nell’area della medicina dell’emergenza e dell’urgenza;

1. **🞏** di aver conseguito in data …………….... l’attestato di partecipazione al corso e/o master relativo all’area della medicina dell’emergenza e dell’urgenza, tenutosi presso ……………………………;
2. di aver maturato l’esperienza professionale specificata nell’allegato Curriculum Vitae in relazione all’area dell’emergenza e dell’urgenza, così come dettagliato nella seguente Tabella:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | Durata dell’esperienza professionale | | | Descrizione delle attività svolte | Committente |
| da | a | n. mesi |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  | Totale mesi | |  |  |  |

🞏 di non aver maturato alcuna esperienza professionale nell’area dell’emergenza e dell’urgenza;

1. di aver maturato l’esperienza professionale specificata nell’allegato Curriculum Vitae in relazione alle esperienze pregresse a bordo dei dispositivi navali impiegati nel primo soccorso in mare a favore dei migranti, così come dettagliato nella seguente Tabella:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | Durata dell’esperienza professionale | | | Descrizione delle attività svolte | Committente |
| da | a | n. mesi |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  | Totale mesi | |  |  |  |

🞏 di non aver maturato alcuna esperienza professionale pregresse a bordo dei dispositivi navali impiegati nel primo soccorso in mare a favore dei migranti;

1. di essere titolare del seguente indirizzo di posta elettronica certificata …………………………………………………, utilizzata per la trasmissione della propria candidatura;
2. di conoscere il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale;
3. di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, le eventuali successive variazioni di recapito (nuova casella di Posta Elettronica Certificata) a: [cisom@pec.it](mailto:cisom@pec.it);
4. di aver preso visione integrale del contenuto di quanto specificato nell’Avviso pubblico e di accettare senza riserva alcuna tutte le condizioni e clausole ivi contenute;

**Allega**

1. Curriculum Vitae – **in formato europeo** – redatto in lingua italiana, datato e sottoscritto nell’ultima pagina con firma per esteso e leggibile, scansionato in formato pdf non editabile;
2. Copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, con firma per esteso e leggibile.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE n. 2016/679 (General Data Protection Regulation)

Luogo e data …………………………..…….

Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_