

**Fac simile domanda di partecipazione**

Spett.le Direzione Sanità e Welfare  
Regione Piemonte

corso Regina Margherita 153bis  
10122 Torino

oppure

[sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

**Oggetto: Domanda di partecipazione a selezione per nomina a membro del Comitato Etico Territoriale del Piemonte, denominato "Comitato etico interaziendale AOU Maggiore della Carità di Novara" di cui al D.M. del 26.01.2023, "Individuazione di quaranta comitati etici territoriali", pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 31 del 07.02.2023.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di poter partecipare alla selezione per la nomina a membro del Comitato Etico Territoriale denominato "**Comitato etico interaziendale AOU Maggiore della Carità di Novara**" in qualità di \_\_\_\_\_ (indicare una delle professionalità previste nel bando).

A tale scopo, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro quanto segue:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_;

- di essere cittadino/a italiano/a (ovvero di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_);

- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime);

- di possedere i seguenti titoli di studio:

a) \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- di possedere l'Abilitazione Professionale \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto/a all'Ordine / Collegio di \_\_\_\_\_ ;

Dichiaro inoltre:

- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso pubbliche amministrazioni;
- di non avere riportato condanne per i reati previsti dalle leggi antimafia;
- di non avere riportato condanne per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
- di non avere procedimenti pendenti per tali reati;
- di non avere un contenzioso in corso con la Regione Piemonte, o con una delle Aziende Sanitarie regionali;
- di non trovarmi in una situazione di conflitto di interessi con la Regione Piemonte, o con una delle Aziende Sanitarie regionali;
- di non essere sottoposto/a a misure restrittive della libertà personale o di prevenzione;
- di non avere riportato in generale condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I, titolo II del libro secondo del Codice penale (in caso affermativo specificare le condanne riportate e indicare altresì se sia stato concesso indulto, amnistia, condono, ovvero indicare gli eventuali carichi pendenti).

Dichiaro, altresì:

✧ l'assenza di qualsivoglia interesse o rapporto di lavoro o di consulenza con imprese industriali o commerciali di prodotti farmaceutici, biologici, chimici o dietetici, di attrezzature o presidi medico chirurgici, nonché di qualsiasi altra attività o interesse che possa comunque condizionare il mio giudizio.

Dichiaro infine:

- di non avere presentato domanda per la nomina a componente di altro Comitato Etico Territoriale della Regione Piemonte
- di essere stato componente del Comitato Etico Locale \_\_\_\_\_ della Regione Piemonte

Allego la seguente documentazione:

- ✧ fotocopia della carta d'identità in corso di validità
- ✧ fotocopia del codice fiscale in corso di validità
- ✧ curriculum formativo e professionale, in formato europeo - redatto nelle forme di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 - datato e firmato;
- ✧ dichiarazione d'insussistenza di conflitto di interessi (allegato D);

◇ altro (elencare documenti allegati)

---

---

---

---

L'indirizzo di posta elettronica certificata presso il quale deve essere inviata la corrispondenza relativa alla selezione è il seguente:

---

Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Accetto senza riserva tutte le condizioni e clausole del presente avviso, dando atto che la Direzione Sanità e Welfare si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere, o revocare il presente avviso, ove ricorrano giustificati motivi di interesse pubblico, senza che io possa avanzare pretese, o diritti di sorta.

Autorizzo la Direzione Sanità e Welfare al trattamento dei miei dati personali nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

(data) \_\_\_\_\_

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