**Al Direttore Generale ASL n. 1 di Sassari**

# OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL’ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO: Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriale- “ASCOT” RIVOLTO A:

# MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG), PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) E MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 1 DI SASSARI;

# DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI DEL SSR;

# MEDICI CHIRURGHI ISCRITTI ALL’ALBO PROFESSIONALE;

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n. tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¸ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s’incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall’art. 76 del citato DPR;

**DICHIARA**

* di essere nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di essere residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere domiciliata/o in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione Europea, alle condizioni e disposizioni di cui all’art. 3 del DPCM n. 174/1994 e all’ art. 7 della L. n. 97/2013;
* di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di ...............………………………….............;
* di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
* di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* di non essere cessata/o dall’impiego presso la pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
* di essere in servizio presso la ASL 1 di Sassari come MMG, PLS, ovvero come Medico di Continuità Assistenziale;
* di essere dipendente del SSR presso la Azienda…………………………………………………;
* di non essere dipendente del SSR;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritta/o all’Albo/Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il ruolo di Dirigente Medico presso il Servizio ………………………….…………….della ASL………………..………………….;
* di svolgere la seguente attività in regime libero professionale o in convenzione *(descrivere: a) tipo di attività; b) L’Ente pubblico o privato presso il quale svolge l’attività; c) la quantificazione dell’impegno orario settimanale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:...............................................................................………………………………………….(cap………..) città……………………………………………..telefono........................................email………………………………………………………………………………………...…………….;

**DICHIARA**, inoltre, in caso di contrattualizzazione**:**

1. di sottoporsi agli accertamenti clinici ritenuti indispensabili dal medico competente aziendale per il rilascio del certificato di idoneità allo svolgimento dell’attività professionale in parola;
2. di non trovarsi allo stato attuale e/o comunque di non trovarsi dalla data di effettiva decorrenza dell’incarico, eventualmente conferito, in alcuna situazione di conflitto di interesse, ancorché potenziale, con la ASL n. 1 di Sassari in relazione all’attività da svolgere;

**PER I MEDICI CHIRURGHI DI CUI ALLA LETT. C):**

* di essere a conoscenza che dovrà munirsi di partita IVA per l’emissione della fattura elettronica relativamente all’attività professionale svolta, nonché di dover provvedere in proprio alla copertura assicurativa per infortuni e per responsabilità professionale per colpa grave;

**ALLEGA:**

* *curriculum vitae* formativo e professionale, datato e firmato, redatto anch’esso ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000;
* copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
* copia fronte/retro della tessera sanitaria

**AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

**data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**