

Al Direttore Generale ASL n. 1 di Sassari

OGGETTO: Avviso pubblico di manifestazione di interesse per la formulazione di un elenco per il conferimento di incarichi libero professionali a personale sanitario da destinare alle varie attività assistenziali dell'ASL di Sassari.

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

ai fini della partecipazione all'Avviso pubblico di cui all'oggetto,

- 1) di essere nata/o il _____, a _____ (Prov. _____);
- 2) di essere residente in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 3) di essere domiciliata/o in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 4) 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;
- 5) di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- 6) di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate _____);
- 7) 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;
- 8) di non essere dipendente del SSN;
- 9) di essere laureata/o in Medicina e Chirurgia/Psicologia presso l'Università di _____, in data _____;
- 10) di essere iscritta/o all'Ordine dei Medici/degli Psicologi della Provincia di _____, con il n. _____;
- 11) di essere in possesso della specializzazione in _____ ovvero di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ dell'Università di _____ della durata di _____ anni;
- 12) di essere/non essere stato collocato in quiescenza;

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- A) 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;
- B) 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;

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;

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..

data _____

firma _____