

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:

- A) MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 3 DI NUORO;**
- B) DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI DEL SSR;**
- C) MEDICI CHIRURGHI ISCRITTI ALL'ALBO PROFESSIONALE;**

Il/La sottoscritto/a, Cod. Fisc., tel., e-mail PEC, 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 nat.... a (Prov.....) il
- di essere residente in..... cap..... via..... n°
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi 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 cessato/a dall'impiego presso la P.A. per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- di essere in servizio presso la ASL 3 di Nuoro come MMG, 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 diil
- di essere iscritto all'Albo/ordine deidella Provincia di al n. dal.....;
- di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino alil ruolo di Dirigente Medico presso il Serviziodella 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.....e-mail.....;

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- 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;
- 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.3 di Nuoro 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 e professionale, datato e firmato, redatto 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