

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE SULCIS**

Ill.mo DIRETTORE GENERALE

della ASL 7 SULCIS

distretto.carbonia@pec.aslsulcis.it

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 7 SULCIS;

B) DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI DEL SSR;

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 7 SULCIS come MMG, ovvero come Medico di Continuità

Assistenziale;

- di essere dipendente del SSR presso la Azienda.....;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....
..... conseguito presso l'Università degli Studi
diil.....;
- di essere iscritto all'Albo/ordine dei.....della
Provincia di al n. dal.....;
- 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 7 SULCIS in relazione all'attività da svolgere;

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