

Avviso pubblico di manifestazione di interesse per la formulazione di un elenco per il conferimento di incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo per Dirigenti medici in possesso della specializzazione in Ortopedia e Traumatologia e discipline equipollenti da destinare alle attività afferenti l'Asl Sulcis Iglesiente.

Il/La sottoscritto/a _____, 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

- 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 _____ presso l'Università di _____, in data _____;
- 10) di essere in possesso della specializzazione in _____;

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. 7 Sulcis in relazione all'attività da svolgere;
- 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 la responsabilità professionale per colpa grave;
- d) di poter garantire un impegno professionale rapportabile a n. _____ ore settimanali.
- e) di possedere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata personale (PEC) presso il quale, ad ogni effetto deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso _____

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 _____