**Al Direttore Generale ASL n. 7 Sulcis Iglesiente**

**risorseumane@pec.aslsulcis.it**

**AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI ED EVENTUALE COLLOQUIO, DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI N.1 INCARICO INDIVIDUALE CON CONTRATTO DI LAVORO AUTONOMO PER PER LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE DELLE ATTIVITÀ MOTORIE E SPORTIVE (LSM) O LAUREA SPECIALISTICA IN SCIENZE E TECNICA DELLE ATTIVITÀ MOTORIE PREVENTIVE E ADATTATE ( APA), PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ NELL’AMBITO DELLA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELL’ESERCIZIO FISICO IN PAZIENTI CON MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (M.C.N.T.) - CODICE PROGETTO ASL SULCIS IGLESIENTE UP-07-2017-185.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_), Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_ domiciliat\_ in (compilare solo se diverso

da residenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all’**AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA AI SENSI DELL’ART. 7, COMMA 6, DEL D. LGS. N. 165/2001 SS.MM.II. PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA’ NELL’AMBITO DELLA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELL’ESERCIZIO FISICO IN PAZIENTI CON MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (M.C.N.T.) - CODICE PROGETTO ASL SULCIS IGLESIENTE UP-07-2017-185.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000 ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall’art. 76 del citato d.p.r., dichiara:

**(Requisiti generali)**

 Di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 Di godere dei diritti civili e politici e di non essere stato escluso dall’elettorato politico attivo;

 Di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

 Di non essere cessati dall’impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di

documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;

 Di non essere dipendente di una Pubblica Amministrazione o di una Struttura Sanitaria Privata accredita presso il Servizio

Sanitario Nazionale;

 Di non essere in situazioni che possano ingenerare anche solo potenzialmente conflitti di interesse con Asl Sulcis Iglesiente

rilevante ai sensi dell’art. 6 bis L. 241/1990;

 Di possedere una buona conoscenza dei sistemi informatici e del pacchetto office.

Dichiara, altresì, di essere in possesso degli ulteriori Requisiti specifici:

Di essere in possesso della:

 Laurea Scienze motorie delle attività motorie e sportive (lsm)

 Laurea specialistica in scienze e tecnica delle attività motorie preventive e adattate ( apa)

rilasciata dall’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(Barrare in alternativa)

 Il sottoscritto dichiara di dover essere dispensato dalla frequentazione del corso ad oggetto la specializzazione APA “sugli indirizzi regionali sulla promozione e prescrizione dell’esercizio fisico nelle persone con patologie croniche e sulla loro applicazione” poiché già in possesso del relativo attestato di formazione in attività fisica e adattata rilasciato dalla Regione Autonoma della Sardegna. A tal fine dichiara di aver proficuamente frequentato il corso sopra intestato nell’anno\_\_\_\_\_\_\_ e di essere in possesso del relativo attestato rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara, altresì, di essere in possesso degli ulteriori Requisiti specifici opzionali che potrebbero attribuire un maggior punteggio:

 competenze specifiche sulla somministrazione dell’esercizio fisico in pazienti affetti da M.C.N.T. (Per ogni requisito riportato di

seguito si prega di specificare 1) il possesso di eventuali certificazioni; 2) data ed ente di rilascio e/o denominazione ente; 3)

periodo di riferimento esperienza professionale, tipologia contrattuale; 4) specificare se struttura sanitaria pubblica o privata

accreditata presso Servizio Sanitario Nazionale; 5) denominazione, sede struttura):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allegano:

1. Curriculum formativo e professionale datato e firmato;

2. copia di un documento di identità in corso di validità ;

3. copia codice fiscale;

4. eventuali documentazioni o dichiarazioni sostitutive ex art. dpr 445/2000 comprovanti le esperienze sopra declinate.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui all’oggetto nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. e GDPR UE 679/2016.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui all’oggetto nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. e GDPR UE 679/2016.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_