**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 LAUREATO IN SCIENZE E TECNICHE DELL’ATTIVITÀ MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA, 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 specialistica in Scienze e tecniche dell’attività Motoria Preventiva e Adattata

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

 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_