

1. Allegato A

Spett.le
ASL Sulcis Iglesiente
Via Dalmazia, 83
09013 Carbonia

Trasmissione via PEC all'indirizzo: risorseumane@pec.aslsulcis.it

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA' PREVISTE DAL PIANO DI INTERVENTI PRESENTATO DALLA ASL SULCIS IGLESIENTE NELL'AMBITO DEL "PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027 (PNES) – AREA CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA". CODICE DEL PROGETTO IN.4k.1_02 "COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITA' CLINICA. CUP B71J240001380006.

Il sottoscritt _____, nat. il ___/___/___ a _____, residente in _____, Via/Piazza _____, n° ___ tel./cell. _____, PEC personale _____, e domiciliato per la procedura in oggetto _____,

CHIEDE

Di essere ammess__ a partecipare alla manifestazione di interesse per la realizzazione delle attività nell'ambito del Progetto PNES.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24.12.2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

(barrare e compilare le caselle interessate)

Di partecipare al presente avviso in qualità di:

- Dirigente Medico della: Infermiere Territoriale Educatore Professionale
- Disciplina Diabetologia
- Disciplina Cardiologia
- Disciplina Malattie dell'apparato respiratorio
- Disciplina Ginecologia
- Disciplina Geriatria

assenza di limitazioni funzionali incompatibili con le funzioni da ricoprire, di cui al D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;

di indicare la disponibilità in adesione al programma PNES:

- giorni
- orario
- preferenza sede

Allega alla presente i seguenti titoli:

- Curriculum formativo - professionale, datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;
- Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità.

Data _____

FIRMA
