

1. Allegato A

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

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

RIAPERTURA DEI TERMINI 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.

__l_ 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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Medico della: | <input type="checkbox"/> Infermiere Territoriale |
| <input type="checkbox"/> Disciplina Diabetologia | |
| <input type="checkbox"/> Disciplina Cardiologia | |
| <input type="checkbox"/> Disciplina Malattie dell'apparato respiratorio | |
| <input type="checkbox"/> Disciplina Ginecologia | |
| <input type="checkbox"/> 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
