

AI COMMISSARIO STRAORDINARIO ASL Sulcis
Iglesiente

via pec: risorseumane@pec.aslsulcis.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE - PER TITOLI - VOLTA ALLA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI SPECIALISTI NELLA DISCIPLINA DI MEDICINA INTERNA OVVERO IN DISCIPLINA RICONOSCIUTA EQUIPOLLENTE O AFFINE, IDONEI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO, AI SENSI DELL'ART. 7, COMMA 6, DEL D.LGS. N. 165/2001, DA DESTINARE ALLA S.C. MEDICINA INTERNA P.O. SIRAI DELLA ASL SULCIS IGLESIENTE.

Il/La sottoscritta/o _____, 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 _____, iscrizione all'albo n° _____ del ____ / ____ / ____, provincia di _____;
- 10) di essere in possesso della specializzazione in _____, conseguita in data _____ presso l'Università di _____;
- 11) Di accettare tutte le indicazioni contenute nell'avviso e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura selettiva e dei conseguenti adempimenti, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/2003.
- 12) Recapito cui indirizzare eventuali comunicazioni: (comune) _____
(via) _____ (c. a. p.) _____ (tel.) _____.

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- a) 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 Iglesiente in relazione all'attività da svolgere;
- b) di essere in possesso della idoneità fisica all'impiego;
- 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 degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, "consapevole delle responsabilità penali cui posso andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci o falsità in atti (art.76 D.P.R. 445/2000)" (PENA ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA);**
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR);
- Copia dell'elenco dei documenti e titoli presentati;
- 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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ Prov. _____ il _____ residente in _____ CAP _____
Prov. _____ Via _____ n° _____ C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000

D I C H I A R A:

- di essere nato/a a _____ il _____ di essere residente a _____;
- di essere cittadino italiano (oppure) _____;
- di godere dei diritti civili e politici _____;
- titolo di studio posseduto _____ conseguito il _____ presso _____;
- di essere iscritto all'albo professionale di _____ alla data _____;
- di essere in possesso della specializzazione di _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____;

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro. Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 dichiaro di autorizzare il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data

Firma