**Al Commissario Straordinario ASL n. 7 Sulcis Iglesiente**

[**risorseumane@pec.aslsulcis.it**](mailto:risorseumane@pec.aslsulcis.it)

**AVVISO PUBBLICO DI** **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, VOLTA ALLA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI CHIRURGHI SPECIALISTI/SPECIALIZZANDI/IN QUIESCENZA NELLA DISCIPLINA DI ORTOPEDIA 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 ALLE STRUTTURE AZIENDALI DELLA ASL SULCIS IGLESIENTE.**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¸ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

Di essere ammess\_\_ a partecipare alla Selezione, per soli titoli, per il conferimento di incarichi libero professionale per Medici presso le Strutture Aziendali della Asl Sulcis Iglesiente.

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**

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 o di struttura privata accreditata presso il SSN;
9. di essere laureata/o in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
11. di essere in stato di quiescenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
12. Per i Medici Specializzandi: Corso di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data presunta di specializzazione \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
13. Di essere iscritto all’ordine professionale della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DICHIARA**, inoltre**:**

1. di essere in possesso della piena idoneità fisica all’impiego;
2. 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 in relazione all’attività da svolgere;
3. 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;
4. di poter garantire un impegno professionale rapportabile a n. \_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali.

**Allega:**

* *curriculum vitae* formativo e professionale, datato e firmato, redatto anch’esso ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000;
* copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
* Dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui all’art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, relativa ai titoli ritenuti utili agli effetti della valutazione;
* Dichiarazione sostitutiva di conformità all’originale, resa ex artt. 19 e 47 DPR n. 445/00, volta a certificare la conformità all’originale della copia di documenti, titoli o pubblicazioni;
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Elenco, datato e firmato, dei titoli e dei documenti presentati.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**