

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, VOLTA ALLA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI SPECIALISTI/SPECIALIZZANDI O IN QUIESCENZA NELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE 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. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. SIRAI E CTO DELLA ASL SULCIS IGLESIENTE.

Il/La sottoscritto/a _____, 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 la S.C. Anestesia e Rianimazione P.O. Sirai e CTO della Asl Sulcis Iglesias.

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:

- a) di essere in possesso della idoneità fisica all'impiego;
- b) 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;
- 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.

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 _____