

Spett.le

ASL Sulcis Iglesiente
Via Dalmazia, 83
09013 Carbonia

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

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DI "ASSISTENZA MEDICA PRESSO L'ISOLA DISAN PIETRO" CON PRESTAZIONI AMBULATORIALI. CODICE PROGETTO UP – 07 – 2024 - 27.

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 assicurare le prestazioni ambulatoriali a implementazione del Progetto di "Assistenza medica presso l'Isola di San Pietro"

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:
- ☐ Disciplina Cardiologia

- ☐ Disciplina Medicina Interna
 - ☐ Disciplina Geriatria
 - ☐ Disciplina Neurologia
 - ☐ Disciplina Oncologia
 - ☐ Infermiere
- ☐ assenza di limitazioni funzionali incompatibili con le funzioni da ricoprire, di cui al D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;

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