

1. Allegato A

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

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

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA 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. CODICE PROGETTO AZIENDALE UP-07-2025-PNES\_IN.4k.1\_02.**

\_\_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:

Dirigente Medico:

☐ Infermiere

☐ Disciplina Cardiologia

☐ Disciplina Dermatologia

☐ Disciplina Oculistica

☐ Disciplina Ortopedia

☐ Disciplina Malattie dell'apparato respiratorio

☐ 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

\_\_\_\_\_