

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 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:

- 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 Sulcis Iglesiente 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 _____