

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER SOLI TITOLI, VOLTA ALLA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI CHIRURGHI SPECIALISTI/SPECIALIZZANDI, IN QUIESCENZA O LAUREATI, IN POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO TEMPORANEO DELLA PROFESSIONE SANITARIA, CHE INTENDONO ESERCITARE LA PROFESSIONE IN BASE A UN TITOLO CONSEGUITO ALL'ESTERO AI SENSI DELL'ART. 15 DEL DL 30/03/2023 N. 34, 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. MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAU) DEL P.O. SIRAI DI CARBONIA E PPI DEL P.O. CTO DI IGLESIAS 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 Chirurghi specialisti, specializzandi, in quiescenza o laureati, in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria, che intendono esercitare la professione in base a un titolo conseguito all'estero ai sensi dell'art. 15 del DL 30/03/2023 n. 34, idonei al conferimento di incarichi di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D.lgs. n. 165/2001, presso la S.C. Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (MCAU) del P.O. Sirai e PPI del P.O. CTO di Iglesias 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 manifestare interesse per il conferimento dell'incarico libero professionale in qualità di medico in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria in base a un titolo conseguito all'estero;
- 2) di essere nato/o il _____, a _____ (Prov. _____);
- 3) di essere residente in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 4) di essere domiciliata/o in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 5) di essere in possesso della cittadinanza _____;
- 6) se in possesso di cittadinanza italiana specificare a che titolo: cittadino italiano per _____;
- 7) di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- 8) di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate _____);
- 9) di non essere cessato/a dall'impiego presso la P.A. per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- 10) di essere iscritto all'Elenco regionale dei professionisti disponibili ed in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria istituito dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna, ai sensi del DL 30/03/2023 n. 34;
- 11) di conoscere la lingua italiana, come da certificazione allegata alla presente;
- 12) di avere maturato la seguente esperienza: (indicare l'esperienza: (indicare l'esperienza maturata)

- _____
- _____;
- 13) di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo: _____ (cap _____)
- città _____ telefono _____
- e-mail _____ PEC _____;
- 14) di non essere dipendente del SSN o di struttura privata accreditata presso il SSN;
- 15) di essere laureata/o in _____ presso l'Università di _____, in data _____;
- 16) di essere in possesso della specializzazione in _____, conseguita presso _____;
- 17) di essere in stato di quiescenza dal _____;
- 18) Per i Medici Specializzandi: Corso di specializzazione in _____, data presunta di specializzazione ____/____/____;
- 19) 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:

- copia conforme all'originale del titolo di studio posseduto e della eventuale specializzazione;
- copia conforme all'originale del certificato di iscrizione all'albo /ordine del Paese di provenienza;
- curriculum vitae e studiorum, redatto in formato europeo in lingua italiana, o tradotto in lingua italiana;
- copia del documento di identità in corso di validità;
- certificazione di conoscenza della lingua italiana (Livello minimo richiesto livello B1 del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le lingue (QCER))
- copia del permesso di soggiorno che consenta di svolgere attività lavorativa (Solo per i cittadini di Paesi non appartenenti all'UE)
- 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..



ASL Sulcis Iglesiente

Azienda socio-sanitaria locale

data _____

firma _____

- 1) Si segnala la necessità che i documenti redatti in lingua straniera siano accompagnati da una traduzione in lingua italiana. Detta traduzione deve essere certificata conforme al testo originale dall'autorità Diplomatica o Consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.
- 2) Dichiarazione di valore: nel caso in cui l'interessato non sia in grado di produrre il certificato di iscrizione all'albo del Paese di provenienza, in quanto nel proprio Paese non è previsto un ordine professionale di riferimento, è necessario che il professionista provveda ad allegare alla domanda copia della dichiarazione di valore, conforme all'originale, rilasciata dall'autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nel Paese dove è stato rilasciato il titolo.