

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA IN REGIME LIBERO-PROFESSIONALE PER UN DIRIGENTE MEDICO IN POSSESSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA CON ESPERIENZA DECENNALE IN DIABETOLOGIA PEDIATRICA PER L'UO DI PEDIATRIA DEL PO SAN MARTINO DI ORISTANO.

Il/La sottoscritto/a _____, codice fiscale _____,
n. tel. _____, PEC _____, e-mail _____,

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del citato DPR;

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 SSR;
- 9) di essere laureata/o in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____, in data _____;
 di essere iscritta/o all'Ordine dei Medici della Provincia di _____, con il n. _____;
 di avere conseguito la specializzazione in _____ presso l'Università di _____
in data _____;
 di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino al _____ il ruolo di Dirigente Medico presso il Servizio _____ della ASSL _____;
- 10) di svolgere la seguente attività in regime libero-professionale o in convenzione (**descrivere: a)il tipo di attività; b)l'Ente pubblico o privato presso il quale svolge l'attività; c)la quantificazione dell'impegno orario settimanale**):

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- a) di sottoporsi agli accertamenti clinici ritenuti indispensabili dal medico competente aziendale per il rilascio del certificato di idoneità allo svolgimento dell'attività professionale in parola;
- 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.5 di Oristano 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;
- copia fronte/retro della tessera sanitaria.

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..

In fede,

_____ data

_____ firma