



ASL Oristano

Azienda socio sanitaria locale n.5 di Oristano

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 DI ORISTANO**

AL DIRETTORE GENERALE
della ASL n.5 di Oristano

protocollo@pec.asloristano.it

OGGETTO: CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA IN REGIME LIBERO-PROFESSIONALE PER UN DIRIGENTE MEDICO IN POSSESSO DI SPECIALIZZAZIONE IN RADIOLOGIA, PER L'U.O. DI RADIOLOGIA DEL P.O. "SAN MARTINO" DI ORISTANO AI SENSI DELL'ART.7 COMMA 6 DEL D.LGS. 165/2001.

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a alla selezione per un incarico di collaborazione esterna libero-professionale, per n. 1 posto di Dirigente Medico, in possesso della specializzazione in Radiologia;

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, 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

- di essere nat.... a(Prov.....) il
- di essere residente in.....
cap.....via..... n°
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero il possesso di una delle condizioni previste dall'art.38 D.Lgs. 165/2001 - testo vigente - per i cittadini dei Paesi Terzi (è indispensabile specificare di quale condizione si tratta)

-
; (1)
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di; (2)
 - di non avere carichi pendenti né procedimenti penali in corso; (3)
 - 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;
 - di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....
 conseguito presso l'Università degli Studi di il;
 - di essere iscritto all'Albo/ordine dei della Provincia di al n. dal.....; (4)
 - di essere in possesso della specializzazione in.....
 conseguita presso l'Università degli Studi di..... Il,
 ovvero del seguente requisito alternativo previsto dal bando
 (5)
 - di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino alil ruolo di Dirigente Medico presso il Serviziodella ASL.....;
 - di essere nei confronti degli obblighi militari; (6)
 - di aver prestato/non aver prestato servizio (oppure di prestare servizio) presso Pubbliche Amministrazioni.....e di essere cessato per i seguenti motivi..... (7)
 - di essere di sana e robusta costituzione fisica;
 - di non essere dipendente del SSR;
 - di svolgere la seguente attività in regime libero professionale o in convenzione (*descrivere: a) tipo di attività; b) L'Ente pubblico o privato presso il quale svolge l'attività; c) la quantificazione dell'impegno orario settimanale*):
-

- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:.....
 (cap.....) città.....telefono.....
e-mail.....

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- 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;
- 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;
- 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 responsabilità professionale per colpa grave;

ALLEGA:

- curriculum vitae e professionale, datato e firmato, redatto 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

- 1) Dichiarare la cittadinanza o la condizione di cui all'art.38 D.Lgs. n.165/2001 – testo vigente.
- 2) Specificare in quale Comune; in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime.
- 3) Dichiarare le eventuali condanne penali riportate ed i procedimenti penali eventualmente pendenti, dei quali deve essere specificata la natura.
- 4) Dichiarazione obbligatoria ove è richiesto per l'esercizio professionale. Ai sensi del Regolamento ATS Sardegna, per il conferimento di incarichi individuali di lavoro autonomo finalizzati al contrasto del virus covid-19, ai sensi dell'art. 2-bis lettera a) e dell'art. 2 lettera b) n. 3 e n. 5 Legge n. 27/2020, per i Dirigenti Medici collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo in presenza dei presupposti di cui all'art. 5 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni in Legge 24 aprile 2020, n. 27 e dell'art. 1 comma 423 della Legge 30 dicembre 2020, n.178.
- 5) Dichiarazione obbligatoria per personale laureato del ruolo sanitario.
- 6) Da dichiarare se il candidato é di sesso maschile.
- 7) Precisare periodo, qualifica funzionale, ente, strutture pubbliche o private eventuali motivi di cessazione oppure precisare di non aver prestato servizi.