



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

AI DIRETTORE GENERALE

della ASL n.5 di Oristano
protocollo@pec.asloristano.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO TRAMITE PROCEDURA COMPARATIVA DI UN INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA IN REGIME LIBERO-PROFESSIONALE PER DUE MEDICI, PROFILO ANESTESISTA E RIANIMATORE, PRESSO LA U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI PP.OO. DELLA ASL DI ORISTANO

Il/La sottoscritto/a, Cod. Fisc., tel., e-mail PEC, 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

- 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, alle condizioni e disposizioni di cui all'art.3 del DPCM n.174/1994 e all'art.7 della L. n.97/2013;
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di
- di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate

- 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 non essere dipendente del SSR;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....
..... conseguito presso l'Università degli Studi diil;
- di essere iscritto all'Albo/ordine deidella Provincia di al n. dal.....;
- di essere in possesso della specializzazione in.....
conseguita presso l'Università degli Studi di..... Il,
ovvero del seguente requisito alternativo previsto dal bando
.....
- di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino alil ruolo di Dirigente Medico presso il Serviziodella ASSSL.....;
- 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;
- di poter garantire un impegno professionale rapportabile a n. ore settimanali;

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