



# ASL Oristano

Azienda socio sanitaria locale n.5 di Oristano

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

*Ill.mo DIRETTORE GENERALE*

*della ASL n.5 di Oristano*

[protocollo@pec.asloristano.it](mailto:protocollo@pec.asloristano.it)

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO: Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriale- "ASCoT" RIVOLTO A:**

**A) MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA GIA' CONVENZIONATI CON LA ASL N. 5 DI ORISTANO ED AUTORIZZATI ALL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE AI SENSI DELL'ART. 27 DELL'ACN TRIENNIO 2019-2021**

**B) PEDIATRI IN QUIESCENZA.**

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 ☐ essere in servizio presso la ASL 5 di Oristano come Pediatria di libera scelta
- di ☐ essere dipendente del SSR presso la Azienda.....;
- di ☐ non essere dipendente del SSR;
- 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.....;
- di essere medico in pensione, a decorrere dal.....;
- 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;

**PER I MEDICI IN QUIESCENZA:**

- 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 .....