



SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE ORISTANO

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

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO: "Ambulatori Straordinari di Comunità Area Pediatrica (ASCoT)" RIVOLTO A 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 si 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

- ☐ di essere di sesso maschile e di essere iscritto all'Albo/ordine dei Medici della Provincia di al n. dal;
- ☐ di essere di sesso femminile e di essere iscritta all'Albo/ordine dei Medici della Provincia di al n. dal;
- ☐ di essere medico in pensione, a decorrere dal;
- ☐ 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 accettare 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