

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

Ill.ma Direttrice Generale ASL n. 5 Oristano
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 ASCoT" RIVOLTO A MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (CA) CON INCARICO CONVENZIONATO TRIMESTRALE

Il/la sottoscritto/a Codice Fiscale
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'articolo 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'articolo 7 della Legge n. 97/2013;
- Di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di
- Di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- Di non aver 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 Medico di Medicina Generale presso la SedeASL...;
- Di essere in servizio come Medico di Continuità Assistenziale con incarico da

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

- titolare/trimestrale presso la sede ASL.....;
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito presso l'Università degli Studi diil
 - Di essere iscritto all' Ordine dei Medici della PRovincia di
al n° dal
 - Di svolgere la seguente attività in regime libero-professionale o in convenzione: (descrivere
a) tipo di attività, b) ente pubblico o privato presso il quale si svolge l'attività, c) la
quantificazione dell'impegno orario settimanale).....
.....
.....;
 - Di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente
indirizzo: Via n° CAP
Città telefono e-mail
..... PEC

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 alla 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 di dover provvedere in proprio alla copertura assicurativa per infortuni e per responsabilità professionale per colpa grave;

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

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

- Curriculum vitae e professionale, datato e firmato digitalmente (PADES), 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.it.

In fede

Data

Firma