

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

**Alla Direttrice Generale**  
della ASL n.5 di Oristano  
[protocollo@pec.asloristano.it](mailto:protocollo@pec.asloristano.it)

**Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di manifestazioni di interesse per il conferimento di incarichi libero professionali a medici da destinare al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri e alle eventuali ulteriori necessità delle altre strutture aziendali riservato a medici in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria, che intendano esercitare la professione in base a un titolo conseguito all'estero ai sensi dell'art. 15 del DL 30 marzo 2023 n. 34 – MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

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 manifestare interesse per il conferimento dell'incarico libero professionale in qualità di medico in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria in base a un titolo conseguito all'estero;
- di essere nat... a ..... (Prov.....) il .....
- di essere residente in..... cap..... via ..... n. ....;
- di essere in possesso della cittadinanza .....
- se in possesso di cittadinanza italiana specificare a che titolo:  
cittadino italiano per .....
- 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 iscritto all'Elenco regionale dei professionisti disponibili ed in possesso dei requisiti per l'esercizio temporaneo della professione sanitaria istituito dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna, ai sensi del DL 30/03/2023 n. 34;
- di conoscere la lingua italiana, come da certificazione allegata alla presente;
- di avere maturato la seguente esperienza: (indicare l'esperienza maturata)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- 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.....PEC.....;

**Titoli preferenziali:**

- comprovata esperienza pluriennale maturata nel SSN e/o settore privato

SI [ ] NO [ ] (se SI specificare periodi, Aziende etc.)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- adeguata conoscenza ed esperienza sull'utilizzo dei programmi ed applicazioni informatiche più diffuse

SI [ ] NO [ ] (se SI specificare)

.....  
 .....  
 .....

**DICHIARA**, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- di impegnarsi a garantire un impegno professionale rapportabile a n. 38 ore settimanali, ovvero di poter garantire un impegno minimo di \_\_\_\_\_ ore settimanali;

- 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:<sup>1</sup>**

1. copia conforme all'originale del titolo di studio posseduto e della eventuale specializzazione;
2. copia conforme all'originale del certificato di iscrizione all'albo /ordine del Paese di provenienza <sup>2</sup>;
3. curriculum vitae e studiorum, redatto in formato europeo in lingua italiana, o tradotto in lingua italiana;
4. copia del documento di identità in corso di validità;
5. certificazione di conoscenza della lingua italiana (Livello minimo richiesto livello B1 del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le lingue (QCER)
6. copia del permesso di soggiorno che consenta di svolgere attività lavorativa (Solo per i cittadini di Paesi non appartenenti all'UE)

**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 GDPR 2016/679 e ss.mm.ii.

In fede

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma (Digitale Formato Pades)

<sup>1</sup>. Si segnala la necessità che i documenti redatti in lingua straniera siano accompagnati da una traduzione in lingua italiana. Detta traduzione deve essere certificata conforme al testo originale dall'autorità Diplomatica o Consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

<sup>2</sup>. Dichiarazione di valore: nel caso in cui l'interessato non sia in grado di produrre il certificato di iscrizione all'albo del Paese di provenienza, in quanto nel proprio Paese non è previsto un ordine professionale di riferimento, è necessario che il professionista provveda ad allegare alla domanda copia della dichiarazione di valore, conforme all'originale, rilasciata dall'autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nel Paese dove è stato rilasciato il titolo.