ASLOristano

Azienda socio sanitaria locale n.5 di Oristano

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

AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI N. 1 (UNO) INCARICO LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI IN NEUROLOGIA CON COMPETENZE IN NEUROFISIOLOGIA

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 la figura professionale di medico con specializzazione in Radiodiagnostica o disciplina affine/equipollente;
- 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 di ..... ….....….....il ….....…;

- di essere iscritto all'Albo/ordine dei ……della Provincia di ……..……. al n. ……..…… dal……..…….……;
- di essere in possesso della specializzazione in…….. conseguita presso l'Università degli Studi di……. il …….……,
- di avere maturato (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. _____ 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:

- **curriculum vitae e professionale redatto in lingua italiana, datato e firmato digitalmente, redatto ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 con autorizzazione al trattamento dei dati personali;**
- 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 GDPR 2016/679 e ss.mm.ii.

In fede

Data _____ _____

Firma (Digitale Formato Pades)