**Al Direttore Generale**

**ASL n. 1 di Sassari**

**selezionipubbliche**[**@pec.aslsassari.it**](mailto:dip.prevenzione@pec.aslsassari.it)

## Manifestazione d’interesse per la formulazione di un elenco per il conferimento di incarichi di collaborazione esterna per personale medico da destinare a tutte le Strutture assistenziali per il potenziamento della gestione integrata delle cronicità, per la continuità dei servizi sanitari e per le necessità sanitarie in ambito degli Ospedali, dei Presidi Sanitari Territoriali e distrettuali dell’ASL di Sassari.

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n. tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¸ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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**

1. di essere nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
2. di essere residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere domiciliata/o in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri 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;
5. di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
6. di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
7. di non essere cessata/o dall’impiego presso la pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
8. di non essere dipendente del SSN;
9. di essere laureata/o in Medicina e Chirurgia presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere iscritta/o all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di avere conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere iscritto/a al \_\_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere iscritto/a al Corso MMG e Corso MET in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Per quanto sopra esposto, manifesta la propria preferenza per la seguente struttura:

Ospedale/Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. 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;
2. 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. 1 di Sassari in relazione all’attività da svolgere;
3. di provvedere in proprio alla copertura assicurativa per infortuni e per la responsabilità professionale.

**Allega:**

* *curriculum vitae* formativo e professionale, datato e firmato, redatto anch’esso ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000;
* copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

**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**