

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (ATTENERSI AL FORMAT PROPOSTO)

Trasmissione esclusivamente al seguente indirizzo Pec: direzione.servizisociosanitari@pec.aslsassari.it

Al Direttore Generale ASL n. 1 di Sassari

OGGETTO: Avviso Pubblico per l'acquisizione di manifestazione di interesse per il Progetto degli Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriale – ASCoT per l'assistenza negli Istituti Penitenziari - Casa Circondariale di Bancali e Casa di Reclusione Giuseppe Tomasiello di Alghero. Rivolto ai medici convenzionati con l'ASL n° 1 di Sassari, in qualità di medici di medicina generale di assistenza primaria e di continuità assistenziale, titolari di incarico a tempo indeterminato e/o provvisori.

Il/La sottoscritto/a _____, 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

- di essere nata/o il _____, a _____ (Prov. _____);
- di essere residente in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____, il _____;
- di essere iscritta/o all'Albo/Ordine dei _____ della Provincia di _____, al n. _____ dal _____;
- di essere domiciliata/o indicare se diverso dalla residenza in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 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;
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di _____;
- di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- dichiarazione di condanne penali o carichi pendenti (ovvero indicare le condanne penali riportate _____);
- 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;

- di essere in servizio come medico convenzionato presso la ASL 1 di Sassari, in qualità di medico di medicina generale di assistenza primaria o come Medico di Continuità Assistenziale, titolare di incarico a tempo indeterminato e/o provvisorio (indicare la tipologia di incarico) _____;
- di prestare servizio in qualità di medico di medicina generale di assistenza primaria o come Medico di Continuità Assistenziale, titolare di incarico a tempo indeterminato e/o provvisorio, presso l'Istituto Penitenziario di _____ afferente al Distretto di _____, dal _____;
- Di aver prestato attività pregressa in carcere in qualità di medico di medicina generale di assistenza primaria o come Medico di Continuità Assistenziale, titolare di incarico a tempo indeterminato e/o provvisorio, presso l'Istituto Penitenziario di _____, Regione _____, periodo di attività: dal _____ al _____
- di non essere dipendente del SSR;
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo: _____ (cap _____)
città _____ telefono _____ email _____ PEC: _____

DICHIARA, inoltre:

- di non trovarsi allo stato attuale e/o comunque di non trovarsi dalla data di effettiva decorrenza dell'assegnazione delle ore di prestazione aggiuntiva in alcuna situazione di conflitto di interesse, ancorché potenziale, con la ASL n. 1 di Sassari in relazione all'attività da svolgere;
- che tutte le attività riferite all'incarico convenzionale conferito e all'impegno orario stabilito devono obbligatoriamente essere svolte;

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;
- 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,

Firma

data _____

firma _____