

**Alla Direzione Generale
ASL n. 1 di Sassari**

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO: AMBULATORI STRAORDINARI DI COMUNITÀ TERRITORIALE - "ASCOT" RIVOLTO A:

MEDICI CONVENZIONATI CON LE AZIENDE DEL SSR, MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA O INCARICATI A TEMPO DETERMINATO (APS) E MEDICI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO AD ATTIVITÀ ORARIA PROVVISORIO O DI SOSTITUZIONE (APO).

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

- di essere nata/o il _____, a _____ (Prov. _____);
- di essere residente in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- di essere domiciliata/o 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;
- di non avere riportato condanne penali (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 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/non essere dipendente del SSN (barrare la risposta corretta);
- di essere (barrare la voce che interessa):
 - Medico **titolare di incarico a tempo indeterminato** di assistenza Primaria a ciclo di scelta di Medicina Generale **APS**;
 - Medico **incaricato a tempo determinato** di assistenza primaria a Ciclo di scelta di medicina Generale **APS**;
 - Medico **titolare di incarico a tempo indeterminato** ad attività oraria **APO**;
 - Medico **incaricato a tempo determinato** ad attività oraria **APO**;

presso le Aziende sanitarie del SSR

- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo: _____ (cap _____)
città _____ telefono _____ email _____
- di voler svolgere l'attività presso (barrare la voce che interessa):
 - ASCOT TERRITORIALI
 - ASCOT PRESSO ISTITUTI PENITENZIARI

DICHIARA, inoltre:

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;

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,

data _____ firma _____