

Ill.mo DIRETTORE GENERALE

della ASL n.2 della Gallura
protocollo@pec.aslgallura.it

**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:

- A) MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) ,PLS E MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (CA) IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 2 DELLA GALLURA;**
B) DIRIGENTI MEDICI DIPENDENTI DEL SSR;

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 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 ☐ essere in servizio presso la ASL 2 della Gallura come MMG, come P.L.S., ovvero come Medico di Continuità Assistenziale;
- di ☐ essere dipendente del SSR presso la Azienda.....;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....
..... conseguito presso l'Università degli Studi diil;
- di essere iscritto all'Albo/ordine dei della Provincia di al n. dal ;
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:.....
(cap.....) città.....telefonoe-mail.....;

DICHIARA, inoltre, in caso di contrattualizzazione:

- di essere fisicamente idoneo a svolgere l'attività professionale presso gli ambulatori Straordinari di Continuità
- 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 della Gallura in relazione all'attività da svolgere;

ALLEGA:

- curriculum vitae e professionale, datato e firmato, redatto 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