

**SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.2 GALLURA**

[SCHEMA DI DOMANDA]

*Ill.mo DIRETTORE GENERALE  
della ASL n.2 Gallura*

[protocollo@pec.aslgallura.it](mailto:protocollo@pec.aslgallura.it)

**OGGETTO : AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO " PAST" - RIVOLTO AI SOLI MEDICI CHIRURGHI ISCRITTI ALL' ALBO PROFESSIONALE LIBERO - PROFESSIONISTI.**

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 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 medico in pensione, avendo ricoperto sino al.....il ruolo di Dirigente Medico presso il Servizio .....della ASL.....;
- 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.....;

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

- 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.2 Gallura in relazione all'attività da svolgere;
- di essere a conoscenza che dovrà munirsi di partita IVA per l'emissione della fatture 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, 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.
- 

Le domande devono pervenire a [protocollo@pec.aslgallura.it](mailto:protocollo@pec.aslgallura.it) entro il giorno venerdì 30/06/2023 entro le ore 24.00.

*E' fatta salva per l'Azienda la possibilità di riapertura dei termini del presente avviso.*

**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 .....