

**SERVIZIO** **SANITARIO** **REGIONE** **AUTONOMA** **DELLA** **SARDEGNA**

**AZIENDA** **SOCIO** **SANITARIA** **LOCALE** **N.2** **GALLURA**

*Ill.mo* *DIRETTORE* *GENERALE*

SCHEMA DI DOMANDA

*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** **“SOLSTIZIO”**

* **Attivazione** **Ambulatori** **Straordinari** **di** **continuità** **assistenziale** **a** **bassa** **intensità** **ai** **cittadini** **non** **residenti** **Estate 2024**
  1. **MEDICI** **DI** **MEDICINA** **GENERALE** **(MMG)** **E** **MEDICI** **DI** **CONTINUITÀ** **ASSISTENZIALE** **(CA) IN SERVIZIO** **PRESSO** **LA** **ASL** **2** **GALLURA;**
  2. **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  non essere dipendente del SSR;
    - 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;

## 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* *mercoledì 10/07/2024* *entro* *le* *ore* 12*.00.*

# È 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 ...............................................................…