Al Direttore Generale della ASL 2 Gallura

**OGGETTO: Avviso pubblico di manifestazione di interesse per soli titoli per la formulazione di un elenco per n. 1 posto di Assistente Sanitario – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari - a tempo determinato per 12 mesi, per l’attuazione del progetto *PRP 2020 – 2025 –* Programma Libero PL 13 *“Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico – per il Centro Screening Aziendale ”*dell’ASL n. 2 Gallura**

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**

ai fini della partecipazione all’Avviso pubblico di cui all’oggetto,

1) di essere nata/o il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

2) di essere residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere domiciliata/o in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) 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;

5) di possedere il godimento dei diritti civili e politici;

6) di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

7) 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;

8) Laurea in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione – Scienze dell’assistenza sanitaria (L/SNT/4) o laurea magistrale in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione – Scienze dell’assistenza sanitaria (LM/SNT/4); D.M. 17/1/1997 n. 69 – *Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’assistente sanitario* – e D.M. 19/2/2009 – *Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;*

9) Iscrizione all’Albo dell’Ordine professionale dell’Ordine professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

A) 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;

B) 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 2 Gallura 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;

**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..

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_