*All’ ASL n.2 Gallura*

 *protocollo@pec.aslgallura.it*

**Oggetto:** Avviso di Manifestazione di interesse finalizzato alla realizzazione delle attività previste dal Piano di Interventi presentato dalla ASL 2 Gallura nell'ambito del "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) - Area Contrastare la povertà sanitaria". Codice del Progetto IN.4k.1\_02 "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica". CUP I94B24000020006.

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

#  CHIEDE

Di essere ammess\_\_ a partecipare alla manifestazione di interesse, per il conferimento di incarichi **in regime di prestazioni in orario aggiuntivo per il progetto PNES - Area Contrastare la povertà sanitaria" - codice del Progetto IN.4k.1\_02 "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica".**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24.12.2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

 (barrare e compilare le caselle interessate)

□ essere dipendente dell’ASL n. 2 Gallura, in qualità di:

Dirigente Medico/Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**□** assenza di limitazioni funzionali incompatibili con le funzioni da ricoprire, di cui al D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;

□ di indicare la disponibilità in adesione al programma PNES:

***Allega alla presente i seguenti titoli:***

· Curriculum formativo - professionale, datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;

· Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_