Al Commissario Straordinario della ASL 2 Gallura

**Format Domanda**

**trasmissione via pec personale all’indirizzo: protocollo@pec.aslgallura.it.**

**Oggetto:Avviso pubblico aperto di Manifestazione di Interesse per la formulazione di un elenco finalizzato al conferimento di incarichi in regime Libero Professionale per la durata di 6 mesi salvo proroga, riservato ai medici specializzandi nella disciplina di Psichiatria ovvero in disciplina riconosciuta equipollente o affine, iscritti al penultimo o ultimo anno del corso, a personale medico specialista in Psichiatria o in una delle discipline riconosciute equipollenti e/o affini ai sensi del D.M. 30.01.1998 e del D.M. 31/01/1998 e ss.mm.ii e collocato in quiescenza, in ragione delle necessità straordinarie del Dipartimento di Salute Mentale della Asl n. 2 Gallura con particolare riferimento alla SSD Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri (SPDC).**

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) di non essere dipendente del SSN;

9) (**per i medici in quiescenza)** di essere collocato in quiescenza dal

10) **(per i medici in quiescenza)** di aver prestato servizio presso l’azienda e struttura antecedentemente al collocamento a riposo;

10) di essere laureata/o in Medicina e Chirurgia presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

11) di essere iscritta/o all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

12) di essere iscritto al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**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 n. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**