*Ill.mo COMMISSARIO STRAORDINARIO*

*dellaASLn.2Gallura*

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

**OGGETTO:AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, MEDICI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE PRESSO LA ASL 2 GALLURA O PRESSO ALTRE ASL PER L’ATTIVAZIONE DEL PROGETTO SMAC “ ATTIVAZIONE DI AMBULATORI STRAORDINARI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE A BASSA INTENSITA’, PER I CITTADINI NON RESIDENTI PER LA STAGIONE ESTIVA 2025”.**

* **Attivazione Ambulatori Straordinari di continuità assistenziale a bassa intensità ai cittadini non residenti Estate 2025**
* **MEDICI DI MEDICINA GENERALE(MMG) – IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 2 GALLURA O ALTRA ASL DEL SSR;**
* **MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 2 GALLURA O ALTRA ASL DEL SSR;**
* **PEDIATRI DI LIBERA SCELTA IN SERVIZIO PRESSO LA ASL 2 GALLURA O ALTRA ASL 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 laproduzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
* di  essere in servizio presso la ASL 2 della Gallura o altra ASL del SSR: ……………………………………... come Medico di Medicina Generale, come Medico di Continuità Assistenziale ovvero come Pediatra di Libera Scelta;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:……………………………………….…………………….

………….……………………………..................conseguito presso l’Università degliStudi di ............................… .....................il ;

* di essere iscritto all'Albo/ ordine dei Provincia di…………………..……….a ln.………….……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………………………………..pec ;

**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)*entroilgiorno*21.07.2025 entro le ore 23:59.

*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...............................................................…