**Al Commissario Straordinario Asl n 2 Gallura**

# OGGETTO: Avviso pubblico di manifestazione di interesse per la formulazione di un elenco per il conferimento di incarichi libero professionali a Veterinari da utilizzare per le attività di vaccinazione obbligatoria contro la Dermatite Nodulare Contagiosa (Lumpy Skin Disease - LSD).

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

 ;

1. di essere domiciliata/o in Via , n. , (CAP ) Città
2. 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;
3. di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
4. di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate );
5. 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;
6. di non essere dipendente del SSN;
7. di essere laureata/o in Medicina Veterinaria (LM 42) presso l’Università di , in data ;
8. di essere iscritta/o all’Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di , con il n. ;

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

* 1. 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;
	2. 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 della 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**