*Ill.mo COMMISSARIO STRAORDINARIO*

*della ASL n.2 Gallura*

*protocollo@pec.aslgallura.it*

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’ADESIONE AL “PROGETTO SMAC - ATTIVAZIONE DI AMBULATORI STRAORDINARI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE A BASSA INTENSITA’, PER I CITTADINI NON RESIDENTI PER LA STAGIONE ESTIVA 2025”.**

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 la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;

Di essere in una delle seguenti condizioni 5 condizioni:

* + 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;

 oppure

* 2. di avere acquisito l’attestato di formazione specifica in medicina generale in data ……..;

oppure

* 3. di stare acquisendo l’attestato di formazione specifica in medicina generale;

oppure

* 4. di non essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in medicina generale ma di avere acquisito l’abilitazione professionale dopo il 31/12/1994;

oppure

* 5. di essere iscritto ad una scuola di specializzazione ……….
* di essere in possesso del seguente titolo di studio:……………………………………….…………………….

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

* di essere iscritto all'Ordine dei Provincia di…………………..……….a ln.………….……dal………………………………………………….;
* 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* *entro il giorno* 06.08.2025 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...............................................................…