

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 DI ORISTANO**

III.mo DIRETTORE GENERALE
della ASL n.5 di Oristano
protocollo@pec.asloristano.it

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI N. 3 (TRE)
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI MEDICHE PRESSO LA
STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA ASL N. 5 DI
ORISTANO.**

II/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 non essere dipendente del SSR;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:.....

..... conseguito presso

l'Università degli

Studi diil

.....;

- di essere iscritto all'Albo/ordine dei

.....della

Provincia di al n.

dal.....;

di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino alil ruolo di

.....

presso il Servizio

.....;

- 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.....;

Titoli preferenziali :

- di essere in possesso della specializzazione

in.....

conseguita presso l'Università degli Studi di..... Il

.....

- comprovata esperienza pluriennale maturata nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e/o nell'attività di profilassi vaccinale

SI [] NO [] (*se SI specificare periodi, Aziende etc.*)

- adeguata conoscenza ed esperienza sull'utilizzo dei programmi ed applicazioni informatiche più

diffuse;

SI [] NO [] (*se SI specificare periodi, Aziende etc.*)

- esperienze documentate in materia di gestione dei flussi informativi epidemiologici sanitari e

rapporti con Enti / Istituzioni sanitarie;

SI [] NO [] (*se SI specificare periodi, Aziende etc.*)

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.5 di Oristano in relazione all'attività da svolgere;
- di essere a conoscenza che dovrà munirsi di partita IVA per l'emissione della fattura elettronica relativamente all'attività professionale svolta, nonché di dover provvedere in proprio alla copertura assicurativa per infortuni e per responsabilità professionale per colpa grave;
- di poter garantire un impegno professionale rapportabile a n.30 ore settimanali;

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.

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

