



ASL Oristano

Azienda socio sanitaria locale n.5 di Oristano

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

Ill.mo DIRETTORE GENERALE

della ASL n.5 di Oristano

protocollo@pec.asloristano.it

Oggetto: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A N°3 MEDICI SPECIALIZZATI/SPECIALIZZANDI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE DA DESTINARE ALLA SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEL P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO

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 manifestare interesse per la figura professionale di:
 Medico specializzato/specializzando in Anestesia e Rianimazione
- 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 deidella Provincia di al n. dal.....;
- di essere in possesso della specializzazione in.....
conseguita presso l'Università degli Studi di..... il

o in alternativa:

- di essere iscritto/a all'ultimo/penultimo anno della scuola di specializzazione in presso l'Università degli Studi di.....;
- di essere medico in pensione, avendo ricoperto sino alil ruolo di Dirigente Medico presso il Serviziodella ASSSL.....;
- 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.....;

Titoli preferenziali:

- comprovata esperienza pluriennale maturata nel SSN e/o settore privato

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.)

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. ore settimanali;

ALLEGA:

- curriculum vitae e professionale redatto in lingua italiana, datato e firmato, redatto ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 con autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- 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 (Digitale Pades)