

**Al Direttore Generale ASL Medio
Campidano**

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO AZIENDALE DENOMINATO: AMBULATORI STRAORDINARI DI ASSISTENZA PRIMARIA "ASAP" RIVOLTO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E AI MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (MCA);

Il/La sottoscritto/a _____, 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

- di essere nata/o il _____, a _____ (Prov. _____);
- di essere residente in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- di essere domiciliata/o in Via _____, n. _____, (CAP _____) Città _____;
- 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;
- 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 cessata/o dall'impiego presso la pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- di essere in servizio presso la ASL Medio Campidano o altra Azienda Sanitaria (_____);
- di svolgere attività di Medico di Medicina Generale (barrare la casella) sede _____ ASL _____
- di svolgere attività di Medico di Continuità Assistenziale (barrare la casella) sede _____ ASL _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____, il _____;
- di essere iscritta/o all'Albo/Ordine dei _____ della Provincia di _____, al n. _____ dal _____;
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo: _____ (cap _____)
città _____ telefono _____ email _____
- di aderire al progetto proponendo:
la sede/sedi tra quelle elencate nell'avviso
il numero di ore per settimana per sede
giorni settimanali (lun-ven).....
orari giornalieri.....

DICHIARA, inoltre:

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. 6 del Medio Campidano in relazione all'attività da svolgere;

ALLEGA:

- 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 _____