**Al Direttore Generale ASL n. 4 Ogliastra**

**OggettoAvviso di selezione pubblica, per titoli ed eventuale colloquio, per il conferimento, con contratto libero professionale, di n° 1 incarico ad un Mediatore culturale, finalizzato alla realizzazione delle attività previste dal Piano di Interventi presentato dalla ASL 4 Ogliastra nell'ambito del "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) - Area Contrastare la povertà sanitaria". Codice del Progetto IN.4k.1\_02 "Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica". CUP J29I24000900006, ai sensi dell’art. 7, comma 6 del D.Lgs. n° 165/2001 e ss.mm.ii.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di essere domiciliata/o in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_\_\_) Città

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) 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;

5) di possedere il godimento dei diritti civili e politici;

6) di non avere riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali

riportate\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

7) 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;

8) di non essere dipendente del SSN;

9) di essere laureata/o in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguita in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

10) di essere iscritta/o all’Albo professionale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con il

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

A) 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;

B) 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. 1 di Sassari 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.. e del Regolamento (UE) n. 679/2016

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_