

Spett. ATS Sardegna
c/o Ricerca e Selezione Risorse Umane
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius - Loc. Su Planu

trasmissione via pec personale all'indirizzo: bandiricercaselez.risumane@pec.atssardegna.it

Oggetto: Avviso di Mobilità esterna volontaria ex art. 30 D. Lgs n. 165-01, per soli titoli ed eventuale colloquio, a carattere regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto del SSN, per la copertura di n. 10 posti di Dirigente Medico per l'espletamento di Attività di Controllo sulle prestazioni di Assistenza Ospedaliera e specialistica Ambulatoriale erogate dalle strutture Private Accreditate

__I__ sottoscritt__ _____, nat__ il__/__/__ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n° ____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC personale _____, e
domiciliato per la procedura in oggetto _____

CHIEDE

Di essere ammess__ a partecipare all'Avviso di Mobilità preconcorsuale, per soli titoli ed eventuale colloquio, a carattere regionale ed interregionale tra Aziende ed Enti del Comparto del SSN, per la copertura di n° 10 posti di Dirigente Medico per l'espletamento di Attività di Controllo sulle prestazioni di Assistenza Ospedaliera e specialistica Ambulatoriale erogate dalle strutture Private Accreditate.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

(barrare e compilare le caselle interessate)

☐ di essere dipendente a tempo indeterminato presso la seguente Pubblica Amministrazione (indicare nome completo) _____ con sede in _____ Via/Piazza _____, nel profilo di **Dirigente Medico** nella seguente **disciplina:**

- ☐ Anestesia e rianimazione
- ☐ Cardiologia
- ☐ Chirurgia generale
- ☐ Dermatologia e venereologia

- ☐ Direzione medica di presidio
- ☐ Ematologia
- ☐ Endocrinologia
- ☐ Gastroenterologia
- ☐ Geriatria
- ☐ Igiene degli alimenti e della nutrizione
- ☐ Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
- ☐ Malattie dell'apparato respiratorio
- ☐ Malattie infettive
- ☐ Malattie Metaboliche e diabetologia
- ☐ Medicina fisica e della riabilitazione
- ☐ Medicina interna
- ☐ Nefrologia
- ☐ Neonatologia
- ☐ Neurochirurgia
- ☐ Neurologia
- ☐ Oncologia
- ☐ Organizzazione dei servizi sanitari di base
- ☐ Ortopedia e traumatologia
- ☐ Ostetricia e ginecologia
- ☐ Patologia clinica
- ☐ Pediatria
- ☐ Psichiatria
- ☐ Urologia

- ☐ di essere stato assunto a tempo indeterminato nel profilo in oggetto in data _____;
- ☐ di prestare Servizio presso: (indicare tipologia della struttura, denominazione e struttura di appartenenza) _____;
- ☐ di essere in possesso della piena idoneità fisica all'impiego;
- ☐ di essere iscritt_ all'Albo professionale di _____ al n° _____;
- ☐ di non aver riportato condanne penali per delitti di qualunque natura e di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

☐ di aver riportato le seguenti condanne penali (indicare il titolo del reato, gli estremi della sentenza, ancorché non passata in giudicato ed eventuali benefici concessi):

_____;

☐ di essere a conoscenza dei seguenti carichi penali (specificare la fase del procedimento):

_____;

☐ di non avere in corso procedimenti disciplinari o eventuali procedimenti di destituzione, dispensa o decadenza dall'impiego presso pubbliche amministrazioni, ovvero specificare ipotesi contraria;

☐ di avere i seguenti procedimenti disciplinari in corso o già conclusi presso pubbliche amministrazioni (specificare):_____

_____;

☐ di usufruire/non usufruire dei benefici previsti dalla L. 104/92, dal D. Lgs n. 151-01, L. n° 53/2000 ed aspettative a vario titolo;

☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.Lgs 101/2018;

☐ di accettare incondizionatamente le norme previste dal bando di mobilità;

Allegati alla domanda (barrare):

- ☐ **Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità;**
- ☐ **Curriculum formativo professionale, datato e firmato reso_sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;**
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui all'art. 46 del D.P.R. n° 445/2000, relativa ai titoli ritenuti utili agli effetti della valutazione;**
- ☐ **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'art. 47 del D.P.R. n° 445/2000, relativa al servizio prestato e/o stati, qualità personali o fatti ritenuti utili agli effetti della valutazione;**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva di conformità all'originale, resa ex artt. 19 e 47 DPR n. 445/00, volta a certificare la conformità all'originale della copia di documenti, titoli o pubblicazioni;
- ☐ altro _____;
- ☐ Elenco, datato e firmato, dei titoli e dei documenti presentati.

Data _____

FIRMA
