fac simile domanda

Al Direttore SC Ricerca e
Selezione Risorse Umane
ATS Sardegna
Via pec
bandiricercaselez.risumane@pec.atssardegna.it

__l__ sottoscritt_____, nat__ a _____(Prov.___) il _____, CF _____ residente in _____, (CAP_____), Via_____ n.___ domiciliat_ in (*compilare solo se diverso da residenza*)_____ (CAP_____), via _____ n.__ tel. _____ email _____ pec _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all' **AVVISO PER IL CONFERIMENTO FINO A N. 8 INCARICHI DI COLLABORAZIONE ESTERNA AI SENSI DELL'ART. 7, COMMA 6, DEL D. LGS. N. 165/2001 SS.MM.II. PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' NELL'AMBITO DELLA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO IN PAZIENTI CON MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (M.C.N.T.) - codice progetto ATS 201608**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000 ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del citato d.p.r., dichiara:

(***Requisiti generali)***

- ☐ Di essere in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea _____;
- ☐ Di godere dei diritti civili e politici e di non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo;
- ☐ Di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate_____);
- ☐ Di non essere cessati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- ☐ Di non essere dipendente di una Pubblica Amministrazione o di una Struttura Sanitaria Privata accredita presso il Servizio Sanitario Nazionale;
- ☐ Di non essere in situazioni che possano ingenerare anche solo potenzialmente conflitti di interesse con ATS Sardegna rilevante ai sensi dell'art. 6 *bis* L. 241/1990;
- ☐ Di possedere una buona conoscenza dei sistemi informatici e del pacchetto *office.*

Dichiara, altresì, di essere in possesso degli ulteriori ***Requisiti specifici:***

- ☐ Di essere in possesso della Laurea magistrale in Scienze Motorie (L.S.M.) rilasciata dall'Università di _____ con sede in _____ in data _____;
  (Barrare in alternativa)
- ☐ Il sottoscritto manifesta la propria disponibilità a frequentare il corso di formazione e specializzazione in Attività Fisica e Adattata che sarà organizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna, avente ad oggetto la specializzazione A.P.A. "*sugli indirizzi regionali sulla promozione e prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche e sulla loro applicazione*", consapevole che **la proficua partecipazione al corso ed il possesso del relativo attestato finale di partecipazione è condizione indispensabile per procedere al conferimento dell'eventuale incarico progettuale in esame**;

- ☐ Il sottoscritto dichiara di dover essere dispensato dalla frequentazione del corso summenzionato poiché già in possesso del relativo attestato rilasciato dalla Regione Autonoma della Sardegna. A tal fine dichiara di aver proficuamente frequentato il corso sopra intestato nell'anno_____ e di essere in possesso del relativo attestato rilasciato in data _____.

Dichiara, altresì, di essere in possesso degli ulteriori ***Requisiti specifici opzionali che potrebbero attribuire un maggior punteggio:***

- ☐ competenze specifiche sulla somministrazione dell'esercizio fisico in pazienti affetti da M.C.N.T. (***Per ogni requisito riportato di seguito si prega di specificare 1) il possesso di eventuali certificazioni; 2) data ed ente di rilascio e/o denominazione ente; 3) periodo di riferimento esperienza professionale, tipologia contrattuale; 4) specificare se struttura sanitaria pubblica o privata accreditata presso Servizio Sanitario Nazionale; 5) denominazione, sede struttura):***

  _____

  _____

  _____.

Si allegano:
1. *Curriculum formativo e professionale datato e firmato;*
2. *copia di un documento di identità in corso di validità;*
3. *copia codice fiscale;*
4. *eventuali documentazioni o dichiarazioni sostitutive ex art. dpr 445/2000 comprovanti le esperienze sopra declinate.*

Data _____Firma _____

Si autorizza al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui all'oggetto nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 ss.mm.ii. e GDPR UE 679/2016.

Data _____ Firma _____