**Allegato A**

**AL DIRETTORE GENERALE**

**ASL di NUORO**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER SOLI TITOLI, FINALIZZATO ALLA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE MEDICO DAL QUALE ATTINGERE PER L’INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI INVALIDITÀ CIVILE E CECITÀ, SORDOMUTISMO, HANDICAP E DISABILITÀ.**

**RICHIESTA INSERIMENTO NELL’ELENCO DI DISPONIBILITÀ**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede di partecipare in qualità di Componente delle Commissioni sanitarie per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate, come previsto dall’avviso pubblico indetto con deliberazione della ASL di Nuoro n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2023.

Al tal fine si impegna ad accettare incondizionatamente quanto previsto dall’avviso stesso, con particolare riferimento alla disponibilità volta a garantire l’espletamento dell’attività in qualità di Componente delle Commissioni sanitarie per l’accertamento degli stati di invalidità civile, cecità, sordità civile, handicap e disabilità e leggi correlate. Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, il sottoscritto dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato DPR:

**PER I COMPONENTI:**

* di essere laureato in Medicina e Chirurgia
* di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione di medico chirurgo - di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere/non essere (cancellare l’opzione che non ricorre) in possesso del Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA inoltre

* di usufruire/non usufruire (cancellare l’opzione che non ricorre) dei permessi di cui agli artt. 2 e 3 dell’art. 33 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
* (poiché le Commissioni verranno costituite su base distrettuale) di essere disponibile alla partecipazione alle Commissioni sui seguenti ambiti distrettuali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* disponibilità all’effettuazione di visite domiciliari nei casi di intrasportabilità e di gravità delle patologie del richiedente;
* di essere pienamente consapevole e di accettare che l'inserimento nell'elenco non comporta alcun diritto da parte del dipendente ad ottenere l'incarico quale Componente delle Commissioni;
* di essere pienamente consapevole e di accettare che l’Azienda potrà sospendere o revocare la
* presente procedura per la formazione dell’elenco in oggetto nel rispetto delle disposizioni vigenti;
* di accettare tutte le altre condizioni previste nell’avviso pubblico.

Il sottoscritto, inoltre, in piena responsabilità attesta di non essere titolare di cariche politiche e/o sindacali ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, in ordine alla comunicazione e all’obbligo di diffusione degli stessi ai sensi del d.lgs. n.33/2013 e s.m.i. e nell’ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo le vigenti leggi in materia di privacy (UE n.679/2016).

Il sottoscritto allega alla presente un curriculum, datato firmato e autocertificato, e ad una copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna, ove richiesto, a presentare la documentazione probatoria dei titoli e servizi dichiarati.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_