*Allegato A – DIRIGENTI MEDICI e SPECIALISTI AMBULATORIALI*

 Spett.le

 ASL N. 3 Nuoro

 Via Demurtas, 1

 08100 NUORO

Trasmissione via PEC all’indirizzo: protocollo@pec.aslnuoro.it

**Oggetto: INDIZIONE AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA FORMULAZIONE DI UN ELENCO PROFESSIONISTI PER LA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ DEL “PROGRAMMA NAZIONALE “EQUITA’ NELLA SALUTE” 2021-2027 CONTRASTARE LA POVERTA’ SANITARIA” (PNES), SUL TERRITORIO DELLA ASL N. 3 DI NUORO, PROGETTO IN.4K.1\_02 “COSTITUZIONE DELLE EQUIPE MULTIDISCIPLINARI PER ATTIVITÀ CLINICA PER CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA” - CUP B64E24001070007.**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e domiciliato per la procedura in oggetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

#  CHIEDE

Di essere ammess\_\_ a partecipare alla manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi per la realizzazione delle attività nell’ambito del Progetto PNES.

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 partecipare al presente avviso in qualità di:

□ Dirigente Medico □ Specialista Ambulatoriale

□ Disciplina Odontoiatria

□ Disciplina Odontoiatria

□ Disciplina Oculistica

□ Disciplina Diabetologia

□ Disciplina Cardiologia

□ Disciplina Pneumologia

□ Disciplina Dermatologia

□ Disciplina Ecografia

□ Disciplina Ortopedia

□ Disciplina Otorino

□ Disciplina Radiologia

**□** assenza di limitazioni funzionali incompatibili con le funzioni da ricoprire, di cui al D. Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;

□ di indicare la disponibilità in adesione al programma PNES:

- giorni ………………………….

- orario …………………………

- preferenza sede ………………………

Allega alla presente i seguenti titoli:

· Curriculum formativo - professionale, datato e firmato reso sotto forma di dichiarazione sostitutiva di cui al D.P.R. n. 445/2000;

· Copia (fronte e retro) di un valido documento di identità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

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