

DOMANDA DI DISPONIBILITA' - AMBULATORI STRAORDINARI DI CONTINUITA' TERRITORIALE (ASCoT) - ASL CAGLIARI

Il/La sottoscritto/a Cod. Fisc.
tel....., e-mail..... PEC

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

- di essere nat... a (Prov.....) il
- di essere residente in..... cap.....
via..... n°
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, o equivalente, o in uno dei Paesi 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;
- di essere iscritto alle liste elettorali del Comune di
- di possedere il godimento dei diritti civili e politici;
- di non avere riportato condanne;
- di non essere cessato/a dall'impiego presso la P.A. per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di dichiarazioni mendaci o di documenti falsi;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
conseguito presso l'Università degli Studi diil
- di essere iscritto all'Albo/Ordine deidella
Provincia di al n. dal.....;
- di svolgere la seguente attività in convenzione a titolo di
..... a decorrere dal
- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente
indirizzo :(cap.....)
città.....telefono.....email.....;

DICHIARA, inoltre:

- 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 Cagliari in relazione all'attività da svolgere;

In fede,

Data Firma
