

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

Il/La sottoscritto/a Cod. Fisc....., tel/cell....., 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 D.P.R.:

DICHIARA:

- di essere nato/a.... 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

Allegare copia documento d'identità in corso di validità.

