

**Alla S.C. Valorizzazione Risorse Umane ASL n. 8 di
Cagliari**

I__ sottoscritt_____, nat__ a _____(Prov.____) il _____, CF
residente in _____, (CAP_____), Via_____
, n._____, PEC:_____, n. tel:_____,

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di n. 3 incarichi di collaborazione esterna libero-professionale, a personale medico, anche in quiescenza, disciplina medicina interna d' urgenza e/o equipollente da destinare all'istituto penitenziario E. Scalas di Uta

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

DICHIARA

1. Di essere cittadin_ italiano_, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadin_ di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
2. Di godere dei diritti civili e politici: non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
3. Di non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le condanne penali riportate);
4. Di non essere cessat_ dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
5. Di essere in possesso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, conseguita in data_____, presso_____;
6. Di essere in possesso di specializzazione geriatrica e o equipollente, conseguita in data_____, presso_____;
7. Di essere iscritt_ all'Ordine di_____ della Provincia di_____ con il n._____ (per l'esercizio di professioni che prevedono l'iscrizione ad un ordine/albo);
8. Di autorizzare il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità di cui alla presente procedura, nel rispetto della normativa in materia, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR UE 679/2016.

Si allegano:

1. *Curriculum* formativo e professionale datato e firmato;
2. Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;
3. *Copia codice fiscale*.

Data _____

Firma _____