



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

Prot. n.011133 A
del 21/12/2021



MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

FAC SIMILE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETÀ
(articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto **RUGGIU GAVINO EMANUELE**

Nato a :

codice fiscale **RGGGNM81B161452A** partita IVA 02415150909

con studio in Via **PRUNIZZEDDA**, 15, a **SASSARI**

CAP 07100 tel. 079 4813799 cell. n.

e mail GAVINORUGGIU@TISCALI.IT

posta elettronica certificata (PEC) RUNINFORMATICA@PEC.IT

in relazione all'incarico professionale avente ad oggetto lo svolgimento di attività di Amministratore di Sistema – a favore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari per l'anno 2022 - CIG Z0B347D631

- consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Di essere nato a Sassari il 16/02/1981 e di risiedere in via Prunizedda 15 a Sassari.
2. Di essere cittadino/a italiano/a, ovvero di essere in possesso della cittadinanza di uno degli stati non comunitari in possesso del permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente e in corso di validità, nonché, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica e di conoscenza adeguata della lingua italiana;
3. Di godere dei diritti civili e politici;
4. Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di pronunzie civili o provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
5. Di non essere a conoscenza di indagini penali pendenti a proprio carico;
6. Di non versare in situazioni di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con l'Ordine anche ai sensi del Codice di Comportamento del personale alle dipendenze dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Sassari pubblicato sul sito istituzionale;
7. di essere in possesso della particolare e comprovata esperienza correlata alle materie oggetto della prestazione ;
8. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi INPS/INAIL e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative presso la:

INPS di _____, matricola n. _____

10. Di riconoscere ed accettare che la sottoscrizione del contratto per lo svolgimento dell'incarico professionale non comporta il diritto ad essere affidatario di ulteriori incarichi se non a seguito di specifico atto di conferimento di incarico, né il diritto ad ottenere alcuna remunerazione in difetto di specifico conferimento di incarico;

11. Di acconsentire al trattamento dei dati personali (Regolamento Ue 2016/679)

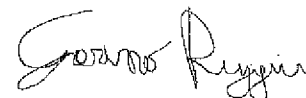
Si prende, altresì, atto che:

Il titolare del trattamento è l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari, Via Cavour 71/B;

Responsabile del procedimento contrattuale è il Presidente pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari.

Luogo e Data 20/12/2021

Firma



Si allega documento di identità

Sassari, li 20/12/2021