

**Gavino Emanuele Ruggiu**  
Via Prunizzedda N°15 - 07100  
Sassari  
Email: [gavinoruggiu@tiscali.it](mailto:gavinoruggiu@tiscali.it)  
Cell: 328 6764396

**ALL'ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI SASSARI  
VIA CAVOUR 71/B  
07100 SASSARI  
PEC: [ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)**

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

Il/La sottoscritto/a RUGGIU GAVINO EMANUELE nato a SASSARI  
il 16.02.1981  
codice fiscale RGGGNM81B16I452A partita IVA 02415150909  
con studio in via PRUNIZZEDDA 15 a SASSARI, n. 15  
CAP 07100 tel. \_\_\_\_\_ cell.n. 328 6764396 fax \_\_\_\_\_  
e mail GAVINORUGGIU@TISCALI.IT posta elettronica certificata (PEC) GAVINORUGGIU@MISSIVA.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 2024 - CIG Z933DC8C36

- 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 PRUNIZZEDDA 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 cassa previdenziale:  
INPS di SASSARI, matricola n. 20308180/LX
9. 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;
10. 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 e Odontoiatri della Provincia di Sassari, Via Cavour 71/B;

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma

---

Si allega documento di identità

