



**COMANDO LOGISTICO A.M.**  
**Dipartimento Militare di Medicina Legale**  
**BARI - PALESE**

**OGGETTO:** manifestazione di interesse per la formazione di un elenco di medici specialisti, iscritti nella graduatoria regionale di medicina ambulatoriale, disponibili ad attività di sostituzione temporanea ed occasionale.

Il Dipartimento Militare di Medicina Legale, intende esperire una procedura al fine di acquisire la disponibilità per attività di sostituzione temporanea ed occasionale nelle aree professionali di seguito indicate:

- Cardiologia;
- Otorinolaringoiatria;
- Oculistica.

A tal fine il presente avviso è finalizzato unicamente ad acquisire manifestazioni di interesse da parte dei medici potenzialmente interessati all'attività di sostituzione temporanea ed occasionale.

Sarà valutato titolo preferenziale la posizione occupata nella graduatoria summenzionata.

Per quanto sopra, i medici potranno far pervenire, a mezzo PEC [aerodipamedilegbari@postacert.difesa.it](mailto:aerodipamedilegbari@postacert.difesa.it), entro il 20 aprile 2024, quanto segue:

- istanza di manifestazione di interesse debitamente compilata e firmata digitalmente;
- dichiarazione sostitutiva come da fac-simile allegato;
- curriculum.

I medici, per il solo interesse manifestato alla presente indagine, non potranno vantare alcun titolo, pretesa, preferenza o priorità in ordine alla presente indagine.

Per eventuali ulteriori elementi informativi al riguardo:

- PEC [aerodipamedilegbari@postacert.difesa.it](mailto:aerodipamedilegbari@postacert.difesa.it)
- Telefono 080/5839262

**IL DIRETTORE**  
**Col. CSArn Mattia CIRIELLO**

(intestazione)

Al Dipartimento Militare di Medicina Legale  
BARI – PALESE  
Pec aerodipamedilegbari@postacert.difesa.it

**OGGETTO:** *manifestazione di interesse per la formazione di un elenco di medici specialisti, iscritti nella graduatoria regionale di medicina ambulatoriale, disponibili ad attività di sostituzione temporanea ed occasionale.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ specializzato in \_\_\_\_\_

ed iscritto alla graduatoria regionale zonale di medicina ambulatoriale di

\_\_\_\_\_

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. n. 496 c.p.

**MANIFESTA**

il proprio interesse a partecipare alla procedura in oggetto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA:**

1. *copia fotostatica del documento di riconoscimento;*
2. *dichiarazione sostitutiva;*
3. *curriculum.*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via  
 \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, Cell.  
 \_\_\_\_\_, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del  
 28.12.2000, sulla responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione mendace e  
 di falsa attestazione sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento  
 emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità,

## DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto c/o l'Albo Professionale Ordine \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale zonale per la medicina specialistica ambulatoriale;
- che non sussistono motivi di incompatibilità per la stipula di una convenzione per l'esigenze dell'Amministrazione Difesa in relazione ad altra attività svolta dalla stessa presso altri Enti Pubblici o Privati ai sensi dell'art. 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto in data 31.03.2020;
- che \_\_\_\_\_ intrattiene rapporti con Enti Pubblici o Privati (\*) \_\_\_\_\_ presso il quale svolge l'attività di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_;
- di essere in servizio presso l'Amministrazione Difesa dal \_\_\_\_\_ senza soluzione di continuità/ con interruzione del rapporto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di aver diritto all'indennità di accesso (si/no) **NO** (si allega in proposito la dichiarazione rilasciata dall'A.C.I.);
- di aver diritto all'indennità di rischio (si/no) **NO** (si allega in proposito dichiarazione del Direttore dell'Infermeria Principale);
- di essere a conoscenza che i pagamenti saranno effettuati con cadenza mensile a favore della sottoscritta, mediante apertura di credito a favore del Funzionario Delegato competente, dopo che le risorse finanziarie saranno effettivamente disponibili presso la Banca d'Italia;
- di conoscere ed accettare l'applicabilità del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" – approvato con D.P.R. 16.04.2013, N. 62, alla Convenzione n. 6 del 15.01.2020, nonché di accettare l'applicazione di penalità in caso di violazioni accertate al citato codice, che proporzionalmente alla gravità delle stesse, potranno giungere fino alla risoluzione della stessa Convenzione.

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse modificare la posizione segnalata.

\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_