

Marca da bollo  
€ 16  
D.L. n. 4372013

**Oggetto:** Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria – ambito 3.2 del Distretto Quartu – Parteolla della ASL Cagliari – Comune di Maracalagonis.

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno 2021, per la MG al n. \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'albo professionale dei medici e chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione suindicata.

Dichiara inoltre che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle Sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**ALLEGO alla domanda fotocopia idoneo documento di riconoscimento**, in corso di validità art. 38, comma 3 DPR 445/2000.

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di Assistenza Primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_