



**S.C. Medicina Convenzionata**

**Pec: cureprimarie@pec.asllanusei.it**

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013
---

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
 via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Telefono o cellulare \_\_\_\_\_  
 domicilio diverso dalla residenza \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Di essere inserito nella Graduatoria di Disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico o sostituzione ai sensi **art. 37 ACN per la Medicina Generale – Assistenza Primaria Ambito 1.1 – Lotzorai - Triei.**

A tal fine **DICHIARA:**

di aver conseguito la laurea presso l'Università di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

di essere iscritt\_\_ nella Graduatoria Regionale 2022  sì  no se sì al n. \_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale  sì  no;

di essere iscritt\_\_ al corso di Formazione in Medicina Generale  sì  no se sì specificare con borsa di studio  senza borsa di studio

di essere iscritt\_\_ a scuole di specializzazione  sì  no se sì specificare in quale scuola \_\_\_\_\_;

di essere occupato in altri incarichi  sì  no se sì specificare presso \_\_\_\_\_;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 23/03/2005 e s.m.i. E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE INTERVENIRE NELLA POSIZIONE SOPRA INDICATA.

**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.**

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_