



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

ASL 4 Ogliastra

pec: cureprimarie@pec.asllanusei.it

OGGETTO: Domanda Disponibilità per l'attribuzione di incarico provvisorio per la Medicina Generale – Ambito 1.1 comune di LOTZORAI - TRIEI.

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

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'art. 38 dell'Accordo Collettivo Nazionale art. 19 AIR vigenti.

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. **ALLEGO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data _____

Firma _____