



**ARES Sardegna**

Azienda Regionale Salute

**DIPARTIMENTO RISORSE UMANE**  
**SC Medicina Convenzionata**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità per conferimento incarico di sostituzione nel Servizio di Assistenza Pediatrica – **ASL di Oristano Distretto di \_\_\_\_\_ Ambito Territoriale \_\_\_\_\_** come da avviso pubblico

**A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_
2. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l'anno \_\_\_\_\_ al n \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
3. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_
4. di avere la specializzazione in pediatria conseguita presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/\_\_\_\_
5. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;
6. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ - al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
7. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell' ACN che regola i rapporti con i medici pediatri;
9. di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);
10. di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso pubblico;

**Allega alla presente:**

**Copia di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni rese.**

DATA \_\_\_\_\_