

OGGETTO: Manifestazione interesse Continuità Assistenziale.

__I__ sottoscritt __Dott._____
nat __a____ il_____
residente a _____CAP _____ Via _____
Tel _____ Cell. _____ Email _____

DATA DI LAUREA _____ VOTO DI LAUREA _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

Inserito in Graduatoria Regionale anno 2022 al n. _____ SI NO

Iscritto in Graduatoria Provinciale ASL NUORO SI NO

Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale SI NO

Iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale SI NO

Iscritto al Corso di specializzazione
in _____ SI NO

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.

Data _____

Firma

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30.06.2003 n° 196 "Codice Privacy".

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.