

**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 SI NO  
in \_\_\_\_\_

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.**