

OGGETTO: **Dichiarazione disponibilità per la Sanità Penitenziaria**

__I__ sottoscritt __ Dott. _____

nat __ a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

Cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato nella Medicina dei Servizi – ASL di Nuoro.

DICHIARA

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 DI LAUREA _____ VOTO DI LAUREA _____

Iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

Inserito Graduatoria Regionale anno 2022 n. _____ SI NO

Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale SI NO

Aver prestato servizio presso l'Istituto Penitenziario di _____ dal _____ al _____

Medico di Assistenza Primaria dal _____ presso la sede di _____
(ex art. 65, c.10, ACN vigente)

Di non avere condanne definitive per delitti di qualunque natura, di non avere procedimenti penali a carico, di non avere familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata. SI NO

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.

IL/LA SOTTOSCRITT__ ALLEGA UNA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'