

**OGGETTO: Domanda per il conferimento di incarico per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche.**

1 sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Presa visione delle “Modalità per il servizio di assistenza sanitaria nelle località turistiche per la stagione 2009” chiede di essere incluso nella graduatoria degli aspiranti al conferimento degli incarichi per il servizio di che trattasi.

**A tal fine dichiara**

di essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva 2022 al n. \_\_\_\_\_

di essere laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con Voto \_\_\_\_\_

di essere iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell’Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale

di essere iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale o al Corso di  
Specializzazione \_\_\_\_\_ ai sensi dell’art. 19, comma 11 L.  
28/12/2001, n. 448

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 Art. 13 Dlgs 30.06.03 n.196**

**I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi di assistenza sanitaria nelle località turistiche e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.**

**Allegare fotocopia documento identità.**