

**OGGETTO:** Domanda per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Medico di Continuità Assistenziale  
**Guardia Medica DIURNA** - vari ambiti della ASL n.5 di Oristano - (Oristano, Ales/Terralba e Ghilarza/Bosa).

**Il/la sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa.** \_\_\_\_\_

**Chiede**

di essere inserito/a nella Graduatoria della Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Medico di Continuità Assistenziale – **G.M.DIURNA** – Distretto \_\_\_\_\_

AMBITO DESIDERATO \_\_\_\_\_

*A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e sotto la propria personale responsabilità*

**Dichiara**

➤ di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_)  
CAP. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_;

➤ di essere laureato/a data (giorno- mese - anno) \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

➤ di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi presso l'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ numero di iscrizione \_\_\_\_\_;

**Dichiara, inoltre, di essere:**

a) **Medico Titolare di incarico di Continuità Assistenziale Punto Guardia di \_\_\_\_\_** ;

b) **Medico nella graduatoria Regionale di Medicina Generale;**

c) **Medico non inserito nella graduatoria regionale vigente di Medicina Generale in possesso dell'attestato di M.G.;** data conseguimento attestato \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_;

d) **Medico iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale** indicare l'anno \_\_\_\_\_;

e) **Medico neoabilitato - non inserito nella graduatoria regionale della Medicina Generale, non in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale, non iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale e non in scuola di specializzazione - abilitato entro il 31/12/2021, se si indicare la data di abilitazione:** \_\_\_\_\_ anche se successiva al 31/12/2021; NB: in questo caso, ai fini della graduatoria precedono i più anziani di data di abilitazione;

f) **Medico iscritto alla scuola di Specializzazione** indicare l'anno di iscrizione \_\_\_\_\_;

g) Medico non presente nelle graduatorie sopra citate in quanto laureato e **iscritto all'ordine dei Medici dopo giugno 2022.**

**Il Sottoscritto dichiara altresì di aver preso conoscenza della normativa riguardante gli incarichi in oggetto e dell'ACN vigente per i M.M.G e del relativo Accordo Integrativo Regionale.**

**Allega:** fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

**Chiede, infine, che ogni comunicazione venga trasmessa via mail / pec al seguente indirizzo:**

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

*I dati personali sopra riportati vengono forniti al fine del conferimento di incarichi a tempo provvisorio per la Continuità Assistenziale e a tal fine utilizzati ai sensi dell' Art. 13 D.Lgs. N° 196/03.*