



S.C. MEDICINA CONVENZIONATA

ORISTANO

medconvenzionata.oristano@pec.atssardegna.it

Marca da bollo € 16,00

D.L. n. 4372013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria – ambito
_____ Distretto _____ ASL _____

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Il
_____ residente a _____ in Via _____ n. _____
cellulare _____ email _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine DICHIARA:

- di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno _____, per la Medicina Generale al n. _____;
- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'albo professionale dei medici e chirurghi della Provincia di _____ n. _____ in data _____;
- di essere residente nel Comune di _____;
- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione sopra indicata.

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.

ALLEGO alla domanda fotocopia idoneo documento di riconoscimento, in corso di validità (art.38, comma 3 DPR 445/2000).

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di Assistenza Primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____

Firma _____