

Marca da bollo
€ 16,00
D.L. n. 4372013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta
– Ambito 1 della ASL CAGLIARI - Comune di CAGLIARI – Pazienti Dott.ssa Piga

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
n. _____ C.F. _____ cellulare _____ C.R. _____
email _____ PEC _____

COMUNICA

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ voto ____/110;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____ anno _____ sessione _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ dal _____;
- di aver conseguito la Specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di _____ anno _____;
- di essere/non essere inserito nella vigente Graduatoria Regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta; in caso di inserimento specificare: posizione n° _____;
- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta.

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 Pediatria di Libera Scelta e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____

Firma _____