



Al Direttore della SC Medicina Convenzionata
medconvenzionata.aslnuoro@pec.aressardegna.it

I sottoscritt _____, nat_ il ____ / ____ / ____ / a _____

Residente in _____ via/Piazza _____ n° _____

Tel/Cell. _____ PEC _____

Medico Specialista Ambulatoriale - Branca CARDIOLOGIA

DICHIARA

la propria disponibilità per l'accettazione dell'incarico di sostituzione di n° _____ ore settimanali,
come specialista ambulatoriale nella Branca di CARDIOLOGIA da espletarsi, ai sensi dell'art.36 dell'ACN - 2020
presso la ASL di Nuoro - Distretto di Nuoro, Poliambulatorio di Gavoi e di Bitti.

Data

Firma

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003 N.B.
La dichiarazione debitamente sottoscritta deve essere presentata unitamente alla copia del documento di
identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente
addetto (art. 38 DPR 445/2000). Ai sensi e per gli effetti della L 12 novembre 2011, n. 183 agli uffici pubblici è
vietato rilasciare certificati contenenti fatti, stati e qualità personali da esibire ad altre pubbliche amministrazioni
o a privati gestori di pubblico servizio.

Data

Firma