

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

1 sottoscritt_ _____, nat_ il ___/___/___ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n° ___, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____
e-mail _____,

Medico Specialista Ambulatoriale – Branca Diabetologia

DICHIARA

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

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.