

☐ I ☐ sottoscritt ☐ Dott/ssa
nato a il , residente a
CAP (Prov) in via n°
C.F. Tel.
mail personale/mail aziendale (obbligatoria) (COMPILARE IL MODULO IN
MODO LEGGIBILE)

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco di disponibilità aziendale, per l'Assistenza Sanitaria nelle Località Turistiche della Regione Sardegna

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- a) **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il presso L'Università degli Studi di
 voto /110
- b) **di aver conseguito** l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di anno
 sessione ;
- c) **di essere iscritto** all'Ordine dei Medici di al n° dal
- d) **di non aver subito sanzioni penali disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale** (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata:
- e) ☐ di avere o ☐ di non avere condanne definitive per delitti di qualunque natura, né condanne penali a carico in caso affermativo specificare quali: ;
- f) ☐ di avere o ☐ di non avere procedimenti penali pendenti in caso affermativo specificare quali:
;

DA INVIARE A CURA DELL'INTERESSATO ALL'INDIRIZZO PEC DELL'ASL PRESSO LA QUALE SI VUOLE PRESENTARE ISTANZA

(L'elenco degli indirizzi pec è contenuto nell'Avviso di riferimento di cui al link: https://www.aressardegna.it/wp-content/uploads/2025/04/1063_Avviso_formazione_graduatorie_stagione_turistica_2025.pdf).

> Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via n. Città
 Prov CAP e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allegare alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità. (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,.....

Firma