



Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un Incarico Provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – ambito territoriale n. ___ Distretto _____ ASL _____ Comune _____

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____
nato/a a _____ Il _____ residente a _____
in Via/le _____ n. _____ C.F. _____
cellulare _____ email _____
PEC _____

COMUNICA

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere residente presso il comune di _____ (____) in via/le _____ n. _____ cap. _____;
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con votazione ____/110;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____ anno _____ sessione _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ matricola n. _____ a far data dal ____/____/____;
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con votazione ____/____;
- di essere / non essere iscritto/a all'anno _____ di corso relativo alla specializzazione di _____ presso l'Università degli Studi di _____ a far data dal ____/____/____;
- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 2025 della Regione Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta, nella posizione n. _____ con punteggio di _____;
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 20, ACN 2024 per la disciplina dei rapporti con i Pediatri 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.

Si allega alla domanda fotocopia di 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 _____