



Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico a tempo determinato di Medicina Generale – ambito 1.3 (ARZANA) – Distretto Tortoli- ASL n. 4 Ogliastra.

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato a _____
_____ Il _____ residente a _____ in _____
Via/le _____ 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 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 al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso di iscrizione specificare: con borsa di studio _____ - senza borsa di studio _____);
- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202_ della regione Sardegna per la Medicina Generale, nella posizione n. _____ con punteggio di _____;
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21, ACN 2022 per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

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 Medicina Generale e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____

Firma _____