

Marcadabollo
€16,00
D.L. n.4372013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, ambito n._ – ASL Oristano

Il Sottoscritto Dott._____nato a_____

Il _____residente a_____in Via_____
n._____cellulare_____email_____

COMUNICA

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno_____, per la Medicina Generale al n._____;
- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di_____ in data_____ con voto_____;
- di essere iscritto all'albo professionale dei medici e chirurghi della Provincia di_____ n._____ in data_____;
- di essere residente nel Comune di_____;
- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione sopra indicata.

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.

ALLEGATO 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 Assistenza Primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data_____

Firma_____