



Marca da bollo  
€ 16,00  
L. n. 147/2013

**Oggetto: Comunicazione disponibilità per l'attribuzione di un Incarico a tempo determinato di Assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta – Ambito territoriale n. 5.3 della ASL Cagliari**

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via/le \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ C.R. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ 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 e Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere / non essere iscritto all'anno di corso (barrare la casella relativa) relativo alla specializzazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
[ ] quinto [ ] quarto [ ] terzo [ ] secondo [ ] primo
- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale definitiva per la Medicina Generale annualità 202\_\_\_\_ della regione Sardegna, nella posizione n. \_\_\_\_ con punteggio di \_\_\_\_\_;
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN per la Medicina Generale vigente 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.

**ALLEGO alla domanda fotocopia fronte retro 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 a tempo determinato di Assistenza primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Firma digitale \_\_\_\_\_