



Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Oggetto: Comunicazione di disponibilità per l'attribuzione di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria per la ASL n. 5 di Oristano

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato 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 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 titolo di F.M.G. presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con votazione ____/____;
- 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 non essere inserito nella Graduatoria Regionale definitiva per la Medicina Generale annualità 202__ della Regione Sardegna;
- 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 citata.

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.

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 a tempo determinato di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____

Firma digitale _____