

Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Alla S.C. Medicina Convenzionata ARES

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Oggetto: Comunicazione di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato di Assistenza Penitenziaria presso gli Istituti di pena della Asl Cagliari (Art. 74, ACN Medicina Generale 2026)

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

cellulare _____ email _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto presso i seguenti Istituti di pena:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A tal fine DICHIARA:

- di essere iscritto all'albo professionale dei medici e chirurghi della Provincia di _____

n. _____ in data _____;

- di essere residente nel Comune di _____;

- di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno _____, per la Medicina Generale alla posizione n. _____;

SC Medicina Convenzionata

Direttore
Dott.ssa Luciana Pinna
Selargius, via Piero della Francesca, 1
sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it

SC Medicina Convenzionata

Selargius, via Piero della Francesca, 1
PEC: incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it
Mail: sc.medicinaconvenzionata@aressardegna.it
Tel: 0706093329 – lun/ven: 10:00 – 12:00

- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____;

- di essere iscritto al _____ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

- 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.

ALLEGRO 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 _____