

Marca da bollo
€ 16,00
D.L. n. 437/2013

Oggetto: Comunicazione disponibilità per l'attribuzione di un Incarico a tempo determinato di Assistenza primaria per l'attività a ciclo orario della ASL Cagliari

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

_____ Il _____ residente a _____ in

Via/le _____ n. _____ C.F. _____ C.R. _____

cellulare _____ email _____

PEC _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto, nelle seguenti sedi in ordine di

preferenza: _____

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 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'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 digitale _____