



Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria – Distretto Tortolì- ASL n. 4 Ogliastro.

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a a _____
_____ Il _____ residente a _____ in _____
Via/le _____ n. _____ C.F. _____
cellulare _____ C.R. _____ email _____
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 _____ n. _____ a far data dal ____/____/____;

- di aver conseguito il diploma di F.S.M.G. presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con votazione ____/____;

- di essere / non essere iscritto all'anno di corso (barrare la casella corrispondente) 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 annualità 202__ della regione Sardegna per la Medicina Generale, nella posizione n. _____ con punteggio di _____;

- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 2026 per la disciplina dei rapporti con i Medici di 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 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 _____