ARES Sardegna
Azienda Regionale Salute

SC MEDICINA CONVENZIONATA

Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

Oggetto: Comunicazione disponibilità per l'attribuzione di un Incarico Provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – Ambito territoriale n. _____ della ASL _____ Comune di _____

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 _____ matricola n. _____ a far data dal ___/___/_____;

- di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ 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 essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202__ della regione Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta, nella posizione n. ____ con punteggio di _____;

- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta annualità 202__ della ASL _____, nella posizione n. ____;

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 provvisori di Pediatria di Libera Scelta e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____ Firma digitale _____