ARES Sardegna
Azienda Regionale Salute

**S.C. MEDICINA CONVENZIONATA**

Marca da bollo
€ 16,00
L. n. 147/2013

**Oggetto: Comunicazione disponibilità per l'attribuzione di un Incarico a tempo determinato di Assistenza primaria per l'attività a ciclo di scelta – Ambito territoriale n. 1.7 della ASL Nuoro Comune di Nuoro**

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a 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 nel Comune di _____;

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data ___/___/_____ presso l'Università degli Studi di _____ 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 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'ACN per la Medicina Generale vigente 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.

**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 a tempo determinato di Assistenza primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data _____ Firma digitale _____