ARESSardegna
Azienda Regionale Salute

S.C. Medicina Convenzionata
Via Romagna n. 16
09127 Cagliari

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

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico a tempo determinato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta - ambito 2.4 – Comune di Domus De Maria - ASL Cagliari

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Il _____residente a _____in Via_____
n._____ cellulare _____email_____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

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 al n. _____;

- 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.

ALLEGO 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_____