ARESSardegna
Azienda Regionale Salute

S.C. Medicina Convenzionata

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 e durata 6 – 12 mesi_____

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.

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 digitale_____