

Alla S.C. Medicina Convenzionata

medconvenzionata.asloristano@pec.aressardegna.it

Marca da bollo € 16,00

D.L. n. 437/2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria – Ambito 2.1 – Distretto di Ghilarza – Bosa – ASL n. 5 Oristano

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ Via
_____ n. _____
cell. _____ mail: _____

COMUNICA

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

A tal fine DICHIARA:

- 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 all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi della Provincia di _____ al n. _____ in data _____;
- 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 _____