

Marca da bollo  
€ 16,00  
D.L. n. 4372013

**OGGETTO:** Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – ambito \_\_\_\_\_ della ASL NUORO – Comune di \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_

### COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico in oggetto.

A tal fine **DICHIARA:**

- di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / 110;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il presso l'Università di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_ ;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito la Specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ ;
- di essere/ non essere inserito nella vigente Graduatoria Regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta; in caso di inserimento specificare: posizione n° \_\_\_\_\_
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle Sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**ALLEGO alla domanda fotocopia 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 fine del conferimento di incarichi provvisori di Pediatria di Libera Scelta e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_