



SC MEDICINA CONVENZIONATA

ASL Ogliastra

medconvenzionata.aslogliastra@pec.aressardegna.it

Marca da bollo
€ 16,00
D.L.n.43
26/04/2013

OGGETTO: **Domanda Disponibilità per l'attribuzione di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – Ambito 2 comune di Perdasdefogu.**

Il Sottoscritto Dr. _____,
nato a _____, il _____, residente a _____,
via _____, n° _____, Telefono o cellulare _____
domicilio diverso dalla residenza _____
e-mail _____ pec _____.

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente.

A tal fine **DICHIARA:**

di aver conseguito la laurea presso l'Università di _____, in data _____ con voto ____/____,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di _____ n° _____ dal _____;

di aver conseguito la Specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di _____, anno _____;

di essere iscritt _____ nella Graduatoria Regionale 2023 per la Pediatria di Libera Scelta sì no se sì al n° _____;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA. E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE 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.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data _____

Firma _____