

I sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP (Prov) in via n°

C.F. Tel.

mail personale/mail aziendale (obbligatoria) (COMPILARE IL MODULO IN

MODO LEGGIBILE)

CHIEDE

Di essere inserito nell'ELENCO DI DISPONIBILITA' PER COPERTURA TURNI E/O SOSTITUZIONI NELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E/O NELL'ASSISTENZA SANITARIA NELLE LOCALITA' TURISTICHE ANCHE IN COMPLETAMENTO ORARIO.

L'istanza deve essere presentata esclusivamente per un unica ASL (indicare ASL d'interesse) _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R. 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

a) **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il presso L'Università degli Studi di voto /110

b) **di aver conseguito** l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di anno sessione

c) **di essere iscritto** all'Ordine dei Medici di al n° dal

d) di avere o di non avere condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

> **Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via n. Città

Prov CAP e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità. (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,.....

Firma