

I  sottoscritt  Dott./ssa

nato a  il , residente a

CAP  (Prov ) in via  n°

C.F.  Tel.  C.R.

Pec (obbligatoria)  (COMPILARE IL MODULO IN MODO LEGGIBILE)

Email

### CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta ambito \_\_\_/ ambulatorio Comune di \_\_\_\_\_/ Distretto di \_\_\_\_\_ - ANNO 20\_\_ - ASL GALLURA

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 aver conseguito la specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_;
- e) di essere \_\_\_ o di NON essere \_\_\_ inserito/a nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta; in caso di inserimento specificare: **posizione n°** \_\_\_\_\_;
- f) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (A.C.N.);
- g) \_\_\_ di avere o di NON avere \_\_\_ condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;
- h) di essere in possesso del Certificato di Vaccinazione Covid-19. L'Azienda si riserva di effettuare, in qualunque momento, i relativi controlli.

**> 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