Marca da bollo

€ 16,00

L. n. 147/2013

**Oggetto**: Domanda disponibilità per l’attribuzione di un incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta – ambito 1 della ASL n. 5 di Oristano - Comune di Oristano

Il/La Sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via/le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.R. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere residente presso il comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**-** di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/110;

**-** di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_;

**-** di aver conseguito il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_ / \_\_;

- di essere / non essere iscritto all’anno di corso (barrare la casella relativa) relativo alla specializzazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] quinto | [ ] quarto | [ ] terzo | [ ] secondo | [ ] primo |

**-** di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202\_ della regione Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta, nella posizione n. \_\_\_\_ con punteggio di \_\_\_\_\_\_\_\_;

**-** di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell’art. 20, ACN 2022 per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta.

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 Pediatria di Libera Scelta e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_