

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 1 della ASL MEDIO CAMPIDANO - Comune di VILLACIDRO

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
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 aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_/110;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici 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'A.C.N. per la Pediatria 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 \_\_\_\_\_