



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 7 della ASL di Cagliari - Comune di SINNAI

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.



ALLEGRO 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 _____