Marca da bollo

€ 16,00

L. n. 147/2013

**Oggetto**: Domanda disponibilità per l’attribuzione di un incarico provvisorio di Medicina Generale – ambito 2.2 – Distretto di Ghilarza-Bosa - ASL n. 5 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 a al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso di iscrizione specificare: con borsa di studio \_\_\_\_\_\_ - senza borsa di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

 **-** di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell’art. 21, ACN 2022 per la disciplina dei rapporti con i medici Medici di Medicina Generale.

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 Medicina Generale e verranno utilizzati per tale scopo.

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