

I  sottoscritt  Dott/ssa  nato

a  il , residente a

CAP  (Prov  in via  n°

C.F.  Tel.

PEC (obbligatoria)  (COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)

### CHIEDE

di essere inserito nell'elenco di disponibilità aziendale, presso uno degli istituti di seguito elencati, per la copertura turni e sostituzioni nell'assistenza sanitaria presso gli istituti penitenziari della Sardegna con i compiti disciplinati ai sensi dell'art. 71 ACN della medicina generale vigente

(barrare con la crocetta un solo istituto di pena)

- Casa Reclusione Alghero
- Casa Circondariale Sassari-Bancali
- Casa Reclusione Tempio Pausania
- Casa di Reclusione Mamone -NU
- Casa Circondariale Badu e Carros
- Casa Circondariale Lanusei
- Casa Reclusione Massama-OR
- Casa Reclusione Is Arenas – Arbus
- Casa Reclusione Isili
- Casa Circondariale Uta
- Istituto Penale Minorile Quartucciu

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

/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 non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 21 A.C.N.);

**Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii**

**Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità.** (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,.....

Firma .....