

Marca da bollo
€ 16,00

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' INCARICO A TEMPO DETERMINATO/PROVVISORIO E
DI COMPLETAMENTO ORARIO PER L'ASSISTENZA SANITARIA NELLE LOCALITA'
TURISTICHE 2024**

(ACN per medici di Medicina Generale 04/04/2024 art. 46 e art. 8.3 AIR 28/04/2010)

Il/la sottoscritto/a _____ Cod. Reg. Le _____ nato/a
_____ il _____ residente a _____
Via _____ n. _____ tel. _____ Cod.Fiscale
_____ Cod. ENPAM N° _____ matricola C.A. ARES-
Sardegna n° _____
e-mail _____ pec _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico a tempo determinato/provvisorio e di completamento orario nel Servizio di Assistenza di Assistenza Sanitaria nelle Località Turistiche per conto della ASL Oristano per n° ___ ore settimanali presso la sede di _____,

DICHIARA - Ai sensi del D.P.R. 445/2000

(consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000)

- 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 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 alle scuole di specializzazione universitaria iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- 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 essere / non essere sottoposto a sospensione dall'Albo stesso;

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

Luogo, data _____

Firma _____

Si allega copia del documento di identità in corso di validità