



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 14 della ASL Nuoro – Distretto di Sorgono

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 / non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno \_\_\_\_\_, per la Pediatria di Libera Scelta al n. \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'ACN 2024 per la Pediatria di Libera Scelta e si impegna a comunicar ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione sopra indicata.

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 \_\_\_\_\_