



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 15 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 _____