

BOLLO

Alla ASSL Sanluri
Distretto Socio Sanitario Sanluri
Via Bologna, 13
09025 Sanluri
Pec dir.dist.sanluri@pec.aslsanluri.it

Oggetto: Domanda di disponibilità a ricoprire incarichi provvisori e ad effettuare sostituzioni nel Servizio di Continuità Assistenziale c/o l'Area Socio Sanitaria Locale di Sanluri.

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
Il ___/___/___ residente in _____ via _____
c.a.p. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____ p.e.c. _____
codice fiscale _____

DICHIARA DI ESSERE DISPONIBILE A RICOPRIRE INCARICHI PROVVISORI E AD EFFETTUARE SOSTITUZIONI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

DICHIARA INOLTRE:

(barrare le voci che ricorrono)

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data ___/___/___ con votazione _____
- Di essere iscritto all'ordine dei medici di _____ dal _____ al n. _____
- Di essere inserito nella graduatoria regionale valida per l'anno _____ al n. _____
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito il _____
- Di essere iscritto al _____ anno del corso di formazione specifico in Medicina Generale
- Di essere specializzato in _____
- Di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____

Dichiara di non essere in posizione di incompatibilità secondo l'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 23/03/2005 e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro dovesse 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 D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

A tal fine allega alla presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante:

- Il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia**
- L'eventuale Iscrizione alla scuola di specializzazione o al corso di Formazione in Medicina Generale**
- Il possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale**
- L'eventuale inserimento nella Graduatoria Regionale Annuale definitiva in vigore all'atto della domanda.**

Data _____

Firma _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.