|  |
| --- |
| **MARCA DA** **BOLLO** **€. 16,00** |

 **FAC –SIMILE DELLA DOMANDA**

 **Al Direttore Medicina Convenzionata**

 **ATS Sardegna** **A.S.S.L. Sanluri**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Assistenza Primaria nel COMUNE DI PABILLONIS (Ambito Territoriale di 1.5 San Gavino Monreale, Sardara, Pabillonis), come da avviso pubblico emesso da codesta Azienda.

## A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_ C.F. e-mail

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l’anno 2021 al n.. con punti \_\_\_\_\_\_\_\_
2. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il presso l’Università degli Studi di con votazione /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale presso l’Università di nell’anno sessione ;
4. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di al n. dal ;
5. di essere / non essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale ( D.lgs 256/91 - 368/99 come modificato dal D.lgs 277/2003 ) conseguito il c/o la Regione ;
6. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all’art. 17 dell’ ACN che regola i rapporti con i medici di medicina generale;

9. di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);

10. di accettare incondizionatamente le norme previste dall’ avviso pubblico;

11. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dr. Via Comune CAP Prov. Tel e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Allega alla presente:**

**Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità dell’istanza di partecipazione e delle dichiarazioni rese.**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_