

AVVISO

INCARICO PROVVISORIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AMBITO 2.2 – SAMASSI SERRENTI

I medici interessati ad un incarico provvisorio di MMG per l'**ambito territoriale 2.2 – Distretto di Sanluri con ambulatorio nel Comune di Samassi** possono presentare **domanda entro il 31.07.2019.**

La domanda indirizzata a ASL Sanluri-Distretto SocioSanitario Sanluri- Via Bologna n° 13 09025 SANLURI (SU), dovrà indicare come da apposita istanza redatta secondo lo schema allegato al presente avviso :

dati anagrafici, residenza, esatti recapiti (mail, pec e telefono), e la posizione in Graduatoria Regionale definitiva per l'anno 2019.

La domanda dovrà essere presentata secondo le seguenti modalità:

- Trasmissione all'indirizzo PEC : dir.dist.sanluri@pec.aslsanluri.it
- Consegna a mano c/o ASL Sanluri – Ufficio Protocollo – Via Bologna n° 13 – Piano Terra Ala B Sanluri, dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle ore 11.00.

L'Azienda provvederà a designare l'incaricato secondo l'ordine di Graduatoria Aziendale di riferimento, interpellando con priorità gli iscritti in Graduatoria Regionale Definitiva 2019 e i residenti nell'ambito territoriale 2.2.

L'incarico avrà decorrenza a partire dal 12.09.2019 e durata fino alla nomina del titolare e comunque non oltre i dodici mesi.

IL DIRETTORE SC MEDICINA CONVENZIONATA

Dr. Marco Biagini

BIAGINI
MARCO

Firmato digitalmente
da BIAGINI MARCO
Data: 2019.07.15
12:47:06 +02'00'

MARCA DA
BOLLO
€. 16,00

FAC –SIMILE DELLA DOMANDA

ASSL SANLURI
Via Bologna n. 13
09025 Sanluri (SU)

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità per **eventuale** conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Assistenza Primaria – **Ambito Territoriale 2.2 Samassi-Serrenti** come da avviso pubblico indetto da codesta ASSL.

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. _____
3. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l'anno 2019 al n. _____ con punti C.F. _____ e-mail _____;
4. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____ / _____;
5. di avere la specializzazione in _____ conseguita presso _____ in data _____

6. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____
_____ nell'anno _____ sessione _____;
7. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n. _____ dal _____
_____;
8. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell' ACN che regola i
rapporti con i medici pediatri;
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 _____

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 per esteso e leggibile del dichiarante)