

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 \_\_\_\_\_
3. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l'anno 2021 al n.. \_\_\_\_\_  
con punti \_\_\_\_\_

4. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;
5. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università  
di \_\_\_\_\_ nell'anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;
6. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;
7. 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
8. 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 \_\_\_\_\_