

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 nei **COMUNI DI LUNAMATRONA-PAULI ARBAREI-SIDDI** (Ambito Territoriale di 2.5 Lunamatrona, Collinas, Villanovaforru, Pauli Arbarei, Siddi, Ussaramanna e Turri), 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 _____