

S.C. Medicina Convenzionata

	sponibilità per incarichi tempo estione dei pazienti affetti da Co	ranei di Unità Speciali di Continuità OVID – 19.
Il sottoscritto Dott		nato a
il	. residente a	via
n, cellulare	, mail	, nato avia
	DICHIARA DI	ESSERE
• Medico titolare di C	ontinuità Assistenziale presso	il punto guardia di
		di continuità assistenziale presso il punto
	Medica turistica svolto nell'ann	no in corso presso il punto guardia di
• Medico in possesso	del titolo di formazione in Me	dicina Generale
Medico iscritto al co	orso di formazione in Medicina	Generale all'anno
• Medico laureato in r	medicina e chirurgia, abilitato di ambulatoriale interno in	e iscritto all'Ordine dei Medici di
1	DICHIARA A	
condizioni previste da di Nuoro. Dichiara inoltre che le	llo specifico Avviso pubblicato notizie sopra riportate corrispo	di Continuità Assistenziale (USCA), alle o sul sito ATS di Nuoro e nell'area territoriale ondono al vero e di essere consapevole delle 0 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
ALLEGO alla domanda (art. 38 c. 3 DPR 445/2	2000)	nto di riconoscimento in corso di validità
Data	IIIIIa	