ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

S.C. Medicina Convenzionata
via Romagna n. 16
09127 Cagliari

Marca da bollo
€ 16
D.L. n. 43 /2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un **incarico provvisorio di Pediatria Libera Scelta** – ambito 1 della ASSL Cagliari – comune di Cagliari (paz. Dott.ssa S. Pilia)

Il sottoscritto Dott. _____ , nato a _____

il _____, residente a _____ via _____

n. ____ , cellulare _____, mail _____

COMUNICA

propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere / di non essere iscritto nell' ultima Graduatoria regionale definitiva , anno 2021, per la PLS , al n. _____

- di aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'Università di _____

in data _____, voto _____

- di essere iscritto all'anno _____ della scuola di specializzazione in Pediatria presso l'Università di _____

- di essere iscritta all'Ordine dei Medici di _____ dal _____, cod. Reg. _____

- di essere residente nel comune di _____

Dichiara inoltre che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
ALLEGO alla domanda fotocopia di idoneo **documento di riconoscimento** in corso di validità (art. 38 c. 3 DPR 445/2000)

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di pediatria l.s. e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____ firma _____