ATS SARDEGNA MED. CONVENZIONATA ASSL OLBIA

___/_____ sottoscritto/a dott._____nato/a

_____ il _____ residente a

_____ CAP_____ Prov_____ in Via_____

_____ n° _____ C. Fisc_____

Tel _____ Mail_____

CHIEDE

Di essere inserito/a nell'elenco di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di un'incarico provvisorio (art. 37 dell'ACN PLS)di Pediatria di libera scelta della ASSL di Olbia,

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

a) Di essere stato titolare a tempo indeterminato di incarico di pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale _____ del Distretto di _____ cessato in data _____;
b) Di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore escluso la lettera j dell'art. 17 dell'ACN 27/05/2019;
c) Di non avere, condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 comma 3 del DPR 445/00

Data_____ Firma_____