MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA

☐ I ☐ sottoscritt ☐ Dott/ssa _____ nato a _____ il _____, residente a _____ CAP _____ (Prov)_____

in via _____ n° _____

C.F _____ Tel . _____ C.R. _____

Mail (obbligatoria) _____ ***(COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)***

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato nel **PPI – ANNO 2021** dell'ASSL di Cagliari.

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

- ☐ **di essere** o ☐ **di NON essere titolari** di convenzione con il Servizio di Emergenza Territoriale (118);
- ☐ **di essere** o ☐ **di NON essere medici** che abbiano completato la frequenza ed abbiano ricevuto l'idoneità nel corso di formazione per l'esercizio delle attività mediche nella emergenza territoriale;

Di essere in possesso di requisiti ulteriori per la graduazione del punteggio:

- ☐ **di essere** o ☐ **di NON essere medici** aventi maturato esperienza presso il 118;
- ☐ **di essere** o ☐ **di NON essere medici** aventi maturato esperienza presso gli Istituti Penitenziari;
- ☐ aver prestato servizio presso:

Istituto Penitenziario di _____

dal gg/mm/aa_____al gg/mm/aa _____

Istituto Penitenziario di _____

dal gg/mm/aa_____al gg/mm/aa _____

Istituto Penitenziario di _____

dal gg/mm/aa_____al gg/mm/aa _____

- per quanto riguarda la formulazione della graduatoria si stabilisce che, si applicheranno in subordine i criteri dell'art. 19 dell'AIR vigente (voto di laurea, anzianità di laurea, minore età):

- **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso L'Università degli Studi di _____ voto _____/110 _____

- **di aver conseguito** l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____ anno _____ sessione _____;
- **di essere iscritto** all'Ordine dei Medici di _____ al n° _____ dal _____

– ☐ **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.);

– ☐ **di avere o** ☐ **di NON avere condanne definitive per delitti di qualunque natura né procedimenti penali a carico né familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata**;

> Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via _____ n. _____ Città _____ Prov _____ CAP _____ e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

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 ……..