I sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP (Prov) in via n°

C.F Tel . C.R.

Pec (obbligatoria) ***(COMPILARE IL MODULO IN MODO LEGGIBILE)***

Email_____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta ambito_____ / ambulatorio Comune di _____ / Distretto di_____ **– ANNO 20** _____

ASSL 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

a) di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia il_____presso L'Università degli Studi di _____ voto_____/110_____;

b) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____

anno_____sessione_____;

c) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di_____al n° _____ dal _____

d) di aver conseguito la specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di_____ anno_____;

e) di essere____o di NON essere____inserito/a nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta; in caso di inserimento specificare: **posizione n°** _____;

f) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (A.C.N.);

g) ___di avere o di NON avere ___condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

> 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