

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE
SC DI MEDICINA CONVENZIONATA
ASSL SASSARI

☐ I ☐ sottoscritt ☐ Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP (Prov) in via n°

C.F. Tel. C.R.

Pec *Mail Aziendale*

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICO NELL'AMBITO TERRITORIALE CARENTE DI ASSISTENZA PEDIATRICA N° 3 (ALGHERO-OLMEDO) – ASSL SASSARI

PER ISCRITTI IN GRADUATORIA REGIONALE

Ai sensi dall'art.4, comma 1, dell'ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l'art.33, comma 5, lettere a) e b) dell'ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e ss.mm.ii. - Individuazione zona carente nella Pediatria di Libera Scelta, ambito 3 – Alghero, Olmedo – Distretto di Alghero pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n.22 del 16/05/ 2019

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 essere in possesso** del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti conseguito in data presso L'Università degli Studi di voto ;
- e) ☐ **di essere** iscritto nella Graduatoria Regionale per la Pediatria di Libera Scelta - anno 2019 al posto n° con punti n° ;
- f) ☐ **di essere** residente nel Comune di dal a tutt'oggi;
- g) ☐ **di non essere titolare a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta;**

h) ☐ di essere ☐ di essere titolare di altra attività convenzionata (in caso affermativo specificare di quale)

;

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

l) ☐ 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