

ATS Sardegna
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 – Comune di Monastir** (ambito 6 della ASSL Cagliari)

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 nella Graduatoria regionale 2019 per la PLS , al n.

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

in data _____, voto _____

- 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.

ALLEGRO 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
