

Marca da bollo
€ 16
D.L. n. 43 /2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'inserimento nel progetto "**Potenziamento delle attività distrettuali nelle cure domiciliari integrate**" 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 inserito nell'ultima graduatoria regionale definitiva per la Medicina Generale , al n. _____ con punti _____
- di essere titolare di un incarico di Continuità Assistenziale presso il punto guardia di _____ della ASSL Cagliari
- di avere / non avere partecipato a progetti nel settore specifico delle cure domiciliari integrate , dal _____ al _____

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.

ALLEGO 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 _____