

Modulo Domanda

**ART. 19 ACN-15 s.m.i. – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO**

ATS Sardegna - ASSSL Sassari  
sede del Comitato Zonale Sassari  
S.C. Medicina Convenzionata

Via M. Zanfarino 44, 07100 Sassari  
sc.medicinaconvenzionata@pec.atssardegna.it

**Oggetto: Domanda incarico turno a tempo INDETERMINATO; Trimestre** \_\_\_ **Branca di** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_, nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente nel comune di \_\_\_\_\_, Prov \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

**Medico Specialista Ambulatoriale Interno**  **Odontoiatra**

**Medico Veterinario**  **Biologo**

**Chimico**  **Psicologo**

**Dichiara la propria disponibilità alla copertura dei seguenti turni pubblicati in data** \_\_\_\_\_ :

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 ss.mm.ii., **dichiara:**

> di essere specializzato nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
laureato in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_,  
iscritto all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
con specializzazione: \_\_\_\_\_;

> di essere specialista ambulatoriale Titolare di incarico a tempo indeterminato con anzianità unificata dal \_\_\_\_\_

> di prestare servizio per n° \_\_\_\_\_ complessivo di ore presso:

AZIENDA ASSSL	DISTRETTO SANITARIO	N° ORE SETTIMANALI

> di aver avuto il 1° incarico a Tempo Indeterminato in data \_\_\_\_\_.

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Pec (OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**Allega fotocopia del documento d'identità.**

DATA

FIRMA