

Modulo Domanda

ART. 20 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO (ACN 2015)

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: Disponibilità incarico a tempo determinato ____ **Trimestre** ____ **Branca di** _____

Il/La sottoscritto _____, nat_ a _____ il _____,

Medico Specialista Ambulatoriale Interno **Odontoiatra**

Medico Veterinario **Biologo**

Chimico **Psicologo**

Specializzato in _____ presso _____ in data _____,

laureato in _____ presso _____ in data _____,

iscritto all'Albo professionale dei _____ abilitato all'esercizio della professione di _____ con specializzazione: _____

iscritto nella graduatoria della Branca di _____ dell'ambito zonale di _____ ex art. 17 dell'A.C.N. 17/12/15 dell'anno _____

non iscritto in graduatoria

Chiede

che gli vengano assegnati gli incarichi in oggetto,

ai sensi dell'art. 20, comma 2* dell'A.C.N. 17/12/15

ai sensi dell'art. 20, comma 3* dell'A.C.N. 17/12/15, col seguente ordine di priorità:

A.S.S.L. /Altro	SEDE STRUTTURA	N° ORE
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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