

I sottoscritt Dott/ssa
nato a il , residente a
CAP (Prov) in via n°
C.F. Tel. C.R.
Pec (obbligatoria) **(COMPILARE IL MODULO IN MODO LEGGIBILE)**

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta ambito 6 – Sassari / ambulatorio Comune di Sassari / Distretto di Sassari – **ANNO 2020** - ASSL Sassari

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 aver conseguito** la specializzazione in Pediatria presso l'Università di _____ anno _____
- e) **di essere** ___ o **di NON essere** ___ **inserito/a** nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta, in caso di inserimento specificare: posizione n° _____ ;
- f) **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (A.C.N.);
- g) **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