

SC MEDICINA CONVENZIONATA
S.C. Medicina Convenzionata
via Romagna 16
09127 Cagliari

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013

OGGETTO: Domanda Disponibilità per l'attribuzione di incarico provvisorio di Assistenza Primaria – comune di San Vito (ambito 4.1 ASSSL Cagliari).

Il Sottoscritto Dr. _____

nato a _____, il _____, residente a _____

via _____, n° _____, Telefono o cellulare _____

domicilio diverso dalla residenza _____

e-mail _____ pec _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire, l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 e art. 19 AIR 2009 nel comune di:

- SAN VITO (AMBITO 4.1) - con decorrenza presumibilmente dal 12/06/2020

A tal fine **DICHIARA:**

di aver conseguito la laurea presso l'Università di _____, in data _____ con voto ____/____,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di _____ n° _____ dal _____.

di essere iscritt _____ nella Graduatoria Regionale 2020 sì no se sì al n. _____;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale sì no;

di essere iscritt _____ al corso di Formazione in Medicina Generale sì no se sì specificare con borsa di studio senza borsa di studio

di essere in possesso della specializzazione sì no se sì specificare in quale scuola _____;

di essere occupato in altri incarichi sì no se sì specificare presso _____;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 23/03/2005 e s.m.i. E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE INTERVENIRE NELLA POSIZIONE SOPRA INDICATA.

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.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196.I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data _____

Firma _____