

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA

ASSL

I sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a CAP

(Prov) in via n°

C.F. Tel. C.R.

Mail (obbligatoria) **(COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)**

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione nell'**Emergenza Sanitaria Territoriale 118 – ANNO 2020** dell'ASSL

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 essere** o **di NON essere inserito/a** nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Medicina Generale, in caso di inserimento specificare: al posto n° con punti

e) **di essere** o **di NON essere in possesso** del prescritto attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (art. 92 comma 4 ACN) (in caso di possesso, specificare: conseguito il c/o la Regione)

f) **di essere** o **di NON essere** in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale;

f) **di essere** o **di NON essere iscritto/a** al corso di formazione di Medicina Generale o a scuole di Specializzazione Universitaria (in caso di iscrizione, specificare con borsa di studio senza borsa di studio)

f) **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.);

> **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