

Marca da bollo  
€ 16  
D.L. n. 43 /2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un **incarico provvisorio di Pediatria Libera Scelta** – ambito 1 della ASSL Cagliari – comune di Cagliari

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

### COMUNICA

propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere / di non essere iscritto nella Graduatoria regionale 2020 per la PLS , al n. \_\_\_\_\_
- di aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, voto \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'anno \_\_\_\_\_ della scuola di specializzazione in Pediatria presso l'Università di \_\_\_\_\_
- di essere iscritta all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, cod. Reg. \_\_\_\_\_
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_

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.

**ALLEGO** alla domanda fotocopia di idoneo **documento di riconoscimento** in corso di validità (art. 38 c. 3 DPR 445/2000)

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di pediatria l.s. e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_