ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

S.C. Medicina Convenzionata
via Romagna n. 16
09127 Cagliari

Marca da bollo
€ 16
D.L. n. 43 /2013

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un **incarico provvisorio di Assistenza Primaria** – ambito 5.3 della ASSL Cagliari – comune di VILLANOVATULO

Il sottoscritto Dott. _____ , nato a _____

il _____, residente a _____ via _____

n. ____ , cellulare _____, mail _____

COMUNICA

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

A tal fine **DICHIARA:**

- di essere / di non essere iscritto nella Graduatoria regionale definitiva , anno 2021 , per la M.G. al n. _____

- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di _____in data _____ voto _____

- di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi della Provincia di _____ n. _____ in data _____

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ col voto _____

- di essere residente nel comune di _____

- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi del vigente A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione suindicata.

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 _____