

____ I ____ sottoscritt ____ Dott/ss _____
nat_ a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____ (Prov) _____
in via _____ n° _____ C.F _____
Tel _____ PEC _____ MAIL _____

CHIEDE

Di essere inserit_ nell'elenco di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di un incarico provvisorio (art. 38 dell'ACN MMG) di Assistenza Primaria della ASSL di OLBIA,

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 essere stato titolare a tempo indeterminato di incarico di Assistenza Primaria nell'ambito _____ del Distretto di _____ cessato in data _____;

b) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore escluso la lettera f) dell'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 – testo integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009;

c) di avere di non avere, condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

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