

I sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP (Prov) in via n°

C.F. Tel.

mail personale/mail aziendale (obbligatoria) (COMPILARE IL MODULO IN
MODO LEGGIBILE)

CHIEDE

di essere inserito nell'Elenco di **DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E ASSISTENZA SANITARIA NELLE LOCALITA' TURISTICHE**,
esclusivamente per l'ASL di _____ (indicare l'unica ASL di interesse)

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

> 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