

**SC MEDICINA CONVENZIONATA**
**S.C. Medicina Convenzionata**
**via Romagna 16**
**09127 Cagliari**

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013
---

**OGGETTO: Domanda Disponibilità Incarico di sostituzione di Assistenza Primaria \_\_\_\_\_  
 Teulada – ambito 2.6 della ASL Cagliari).**

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_

domicilio diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_.

**COMUNICA**

La propria disponibilità a ricoprire, l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'ACN del 29/07/09 e dell'ACN /2018 nel comune di: TEULADA

A tal fine **DICHIARA:**

di aver conseguito la laurea presso l'Università di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

di essere iscritt \_\_\_\_\_ nella Graduatoria Regionale 2020  sì  no se sì al n. \_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale  sì  no;

.....  
 .....

di essere in possesso della specializzazione sì  no  se sì specificare quale specializzazione \_\_\_\_\_;

di essere occupato in altri incarichi  sì  no se sì specificare quali \_\_\_\_\_;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 23/03/2005 e s.m.i. E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE INTERVENIRE NELLA POSIZIONE SOPRA INDICATA.

**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.**

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196.I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGRO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_