ATS SARDEGNA
SC Medicina Convenzionata

Via Zanfarino 44

07100 Sassari

I sottoscritt Dott/ssa

nato a il , residente a

CAP (Prov) in via n°

C.F Tel . C.R.

Pec (obbligatoria) ***(COMPILARE IL MODULO IN MODO LEGGIBILE)***

Email _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta ambito ___ / ambulatorio Comune di _____ / Distretto di _____ **– ANNO 20** - ASSL Sassari

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 _____

d) di aver conseguito la specializzazione in Pediatria di Libera Scelta presso l'Università di _____ anno _____;

e) di essere ___ o di NON essere ___ inserito/a nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Pediatria di Libera Scelta; in caso di inserimento specificare: **posizione n° _____** ;

f) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (A.C.N.);

g) ___di avere o di NON avere ___ condanne definitive per delitti di qualunque natura, né procedimenti penali a carico;

h) di essere in possesso del Certificato di Vaccinazione Covid-19. L'Azienda si riserva di effettuare, in qualunque momento, i relativi controlli.

> 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