

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA

I sottoscritt Dott/ssa _____ nato a _____ il
_____, residente a _____ CAP _____ (Prov _____
) in via _____ n° _____
C.F. _____ Tel. _____ C.R. _____
Mail (obbligatoria) _____ **(COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)**

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarichi a tempo determinato nella **Medicina dei Servizi – ANNO 2021** dell'ASSL di Cagliari.

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 essere** o **di NON essere inserito/a** nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Medicina Generale, in caso di inserimento specificare: al posto n° _____ con punti _____;
- e) **di essere** o **di NON essere iscritto/a** al corso di formazione di Medicina Generale (in caso di iscrizione, specificare con borsa di studio senza borsa di studio);
- f) **di essere** o **di NON essere** in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale;
- g) **di essere** o **di NON essere iscritto/a** in scuole di specializzazione;
- h) aver prestato servizio presso:
- o Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____
 - o Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____
 - o Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____

- Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____
- Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____
- Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____
- Istituto Penitenziario di _____
dal gg/mm/aa _____ al gg/mm/aa _____

i) **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.);

l) **di avere** o **di NON avere condanne definitive per delitti di qualunque natura né procedimenti penali a carico né familiari o conviventi tra la popolazione detenuta o internata;**

> 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