S.C. Medicina Convenzionata
Via Romagna n. 16
09127 Cagliari

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

Oggetto: Domanda disponibilità per l'attribuzione di un incarico **provvisorio di Assistenza Primaria** – ambito 3.2 della ASSL Cagliari – Comuni di Sinnai, Maracalagonis e Burcei.

Il sottoscritto Dott. _____ , nato a _____
il _____ , residente a _____ Via _____
n. _____ , cellulare _____ , email _____

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico di cui all'oggetto.

A tal fine **DICHIARA**:

- di essere / non essere iscritto nella Graduatoria regionale definitiva, anno 2021, per la M.G. al n. _____;
- di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l'Università di _____ in data _____ voto _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici e Chirurghi della Provincia di _____ n. _____ in data _____;
- di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ col voto _____;
- di essere residente nel Comune di _____;
- di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi del vigente A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa intervenire nella posizione suindicata.

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.

ALLEGO alla domanda fotocopia di idoneo **documento di riconoscimento** in corso di validità (art. 38, comma 3 DPR 445/2000).

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di Pediatria l.s. e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____ Firma _____