

**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 provvisorio di Assistenza Primaria  
Villa San Pietro (ambito 1 0 8 .2.5 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:

Villa San Pietro (ambito 108.2.5 della ASL Cagliari)

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 D. LGS 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. **ALLEGO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c. 3 DPR 445/00).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_