

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 _____