

FAC –SIMILE DELLA DOMANDA

Marca
da bollo
€ 16,00

ASSL Oristano
Via Carducci, 41
09170 Oristano

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità per conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Assistenza Pediatrica – **ASSL di Oristano Distretto di _____ Ambito Territoriale _____** come da avviso pubblico

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a _____ il _____
2. di essere residente a _____ in via _____ Prov. _____
C.A.P. _____ tel. _____ C.F. _____ e-mail _____
3. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l'anno 2019 al n. _____ con punti _____
4. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso
l'Università degli Studi di _____ con votazione ____/____
5. di avere la specializzazione in pediatria conseguita presso _____ in data _____
6. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____
nell'anno _____ sessione _____;
7. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ - al n. _____ dal _____
8. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell' ACN che regola i rapporti con
i medici pediatri;
9. di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);
10. di accettare incondizionatamente le norme previste dall'avviso pubblico;

Allega alla presente:

Copia di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità dell'istanza di partecipazione e delle dichiarazioni rese.

DATA _____