ASLOristano

Imposta di bollo € 14.62

Spett.le Azienda USL n. 5
Via Carducci, 35
09170 ORISTANO

OGGETTO: Domanda di inserimento nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi per la **Guardia Medica e la Medicina Generale** presso la A.S.L. n. 5 di Oristano.

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

Chiede

di essere inserito nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione per Guardia Medica e la Medicina Generale presso la A.S.L. n. 5 di Oristano .

A tal fine, *a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e sotto la propria personale responsabilità*

Dichiara

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere residente a _____ (Prov. ____) CAP. _____ in Via _____, n._____ **TEL.** _____
- di essersi laureato/a in data _____ con la votazione di _____ presso l'Università degli Studi di _____
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi presso l'Ordine Provinciale di _____ in data_____ num. di iscrizione _____

(barrare per ogni voce di seguito il SI o il NO di interesse)

- di essere inserito nella Graduatoria Regionale Definitiva per la Medicina Generale valevole per l'anno 2011 al **num.**_____.....**SI** **NO**
- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito **in data** _____ presso la **sede** di .....**SI** **NO**
- di essere iscritto alla scuola di specializzazione .....**SI** **NO**
- di essere iscritto al corso di formazione in Medicina Generale .....**SI** **NO**

Il sottoscritto accorda le propria disponibilità per l'attribuzione di turno occasionali e/o incarichi di reperibilità di Guardia Medica .....**SI** **NO**

e a tal fine indica l'eventuale ordine di preferenza dei Distretti dell'Azienda (Oristano; Ales-Terralba; GhilarzaBosa):

1) _____
2) _____
3) _____

Allega fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Dichiara altresì di aver preso conoscenza della normativa contenuta nel vigente ACNL per la Medicina Generale e nel vigente Accordo Integrativo Regionale.

Chiede, infine di ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo (*se diverso da quello di residenza*):

_____

Data _____ Firma _____

La presente domanda deve essere presentata corredata della marca da bollo

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali – Art. 13 D.Lgs. N° 196/03
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi di sostituzione e incarichi provvisori per la Guardia Medica .