

**OGGETTO:** Domanda di inserimento nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi per la **Guardia Medica Turistica** presso la A.S.L. n. 5 di Oristano – sedi di TORREGRANDE, PUTZU IDU, S. CATERINA- *stagione estiva 2015*.

Il/la sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_

#### Chiede

di essere inserito nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi per **Guardia Medica Turistica** presso la A.S.L. n. 5 di Oristano- sedi di TORREGRANDE, PUTZU IDU, S. CATERINA – stagione estiva anno 2015.

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 sotto la propria personale responsabilità

#### Dichiara

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) CAP. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo posta elettronica certificata \_\_\_\_\_
- di essersi laureato/a in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ e di avere compiuto al momento del conseguimento della laurea l'età di (specificare età in anni, mesi e giorni) anni \_\_\_\_\_ /mesi \_\_\_\_\_ /giorni \_\_\_\_\_ ;
- 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 2015 al num. \_\_\_\_\_ **SI** **NO**
- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale..... **SI** **NO**  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso la sede di .....
- di essere iscritto alla scuola di specializzazione ..... **SI** **NO**
- di essere iscritto al corso di formazione in Medicina Generale ..... **SI** **NO**

Il sottoscritto accorda la propria disponibilità per l'attribuzione di turni occasionali di Guardia Turistica ..... **SI** **NO**  
e a tal fine indica l'eventuale ordine di preferenza delle sedi di guardia turistica in oggetto:

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 incarichi per la Guardia Turistica .