

OGGETTO: Domanda di inserimento nella Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi per la **Guardia Medica Turistica** presso la A.S.S.L. di Oristano – sedi di TORREGRANDE, PUTZU IDU, S. CATERINA- stagione estiva 2017.

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.S.L. di Oristano- sedi di TORREGRANDE, PUTZU IDU, S. CATERINA – stagione estiva anno 2017.

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 2017 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 .