

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

ATS SARDEGNA

ASSL ORISTANO

I  sottoscritt  Dott/ssa

nato a  il , residente a

CAP  (Prov ) in via  n°

C.F.  Tel.  C.R.

Mail (obbligatoria)  (COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)

### CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione **SERVIZIO DI ASSISTENZA NELLE LOCALITÀ TURISTICHE – ANNO 2018** dell'ASSL

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. D.P.R. 445/00, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dell'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

### DICHIARA

a) **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il  presso L'Università degli Studi di  voto /110

b) **di aver conseguito** l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di  anno  sessione

c) **di essere iscritto** all'Ordine dei Medici di  al n°  dal

d)  **di essere** o  **di NON essere inserito/a** nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la Medicina Generale, in caso di inserimento specificare: al posto n°  con punti

e)  **di essere** o  **di NON essere in possesso** dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 ed al D. Lgs. 368/99 come modificato dal D. Lgs. 277/2003, (in caso di possesso, specificare: conseguito il  c/o la Regione )

f)  **di essere** o  **di NON essere iscritto/a** al corso di formazione in medicina generale; (in caso di iscrizione specificare  con borsa di studio  senza borsa di studio);

g)  **di essere** o  **di NON essere iscritto/a** a scuole di specializzazione universitaria; (in caso di iscrizione specificare in quale scuola

h)  **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.);

**> Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via  n.  Città

Prov  CAP  e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione

dello stesso.

**Con la presente si autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.**

Allega alla presente fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità. (art.38 comma 3 del DPR 445/00)

Data,.....

Firma .....