

__L__ SOTTOSCRITT__ DR__ _____

NAT__ A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

C.A.P. _____ VIA _____ N° _____ TEL. _____

DATA LAUREA _____ VOTO LAUREA _____

ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI E CHIRURGHI PRESSO L'ORDINE
PROVINCIALE DI _____ DAL _____IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI FORMAZIONE
IN MEDICINA GENERALE SI NO INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2007 SI NO ISCRITTO IN SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE SI NO ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GEN. SI NO

DICHIARA

**DI ESSERE DISPONIBILE A RICOPRIRE INCARICHI DI GUARDIA MEDICA
TURISTICA PER LA STAGIONE ESTIVA 2008 PRESSO LE SEDI DELLA
PROVINCIA DI ORISTANO.**Dichiara altresì di aver preso conoscenza di tutte le norme contenute nella Nuova Convenzione per la
Medicina Generale esecutiva dal 23 marzo 2005 e nell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina
Generale vigente.Allego alla presente certificato d'iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ rilasciato
in data _____ SI NO **Firma** _____

Data _____

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
G.Turistica ai non residenti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.