

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013
---

ASSSL ORISTANO Via Carducci,35 09170 ORISTANO
---

**OGGETTO: Domanda disponibilità per incarico provvisorio per la Pediatria di Libera Scelta .**

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Telefono o cellulare \_\_\_\_\_

domicilio diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di essere disponibile al conferimento dell'incarico provvisorio, art. 37 ACN per la Pediatria 15.12.2005 e s.m.i. e AIR in vigore, come da Avviso pubblico emanato dalla ASSSL Oristano

### A tal fine DICHIARA:

- o di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- o di essere abilitato all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- o di essere specializzato in Pediatria in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- o di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.
- o di essere iscritt\_\_\_\_\_ nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria 2018 al n° \_\_\_\_\_;
- o di non essere iscritt\_\_\_\_\_ nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria 2018, ma in possesso dei requisiti previsti dall'ACN di cui sopra.

di essere occupato in altri incarichi  sì  no se si specificare presso \_\_\_\_\_;

SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE INTERVENIRE NELLA POSIZIONE SOPRA INDICATA.

**Dichiara inoltre, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. ALLEGO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).