

ATS SARDEGNA

ASSL ORISTANO

____ I ____ sottoscritt ____ Dott/ss _____
nat_ a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____ (Prov) _____
in via _____ n° _____ C.F. _____
Tel _____ PEC (obbligatoria) _____
(da compilare in modo leggibile)

CHIEDE

Di essere inserit_ nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico di sostituzione (art. 37 ACN per la Medicina Generale) nell' Assistenza Primaria dell'ASSL ORISTANO, ambito territoriale 2.1– Distretto di Ghilarza-Bosa con ambulatorio nei Comuni di Busachi – Ghilarza e Ula Tirso;

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 _____ con 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.);
- l) di **avere** di **non avere**, condanne definitive per delitti di qualunque natura , né procedimenti penali a carico;

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