

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritta Antonella melis nata a  
Roma il 21/12/1966 residente a Cagliari  
Via Dolmazia n. 22 tel. 070-8640792  
Cod.Fiscale MLSNL66T61H501Q Cod. ENPAM N° \_\_\_\_\_  
Cod. Reg.le 23513 e-mail: melisan66@tiscali.it

DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di USELLUS per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01/05/2012

Il/la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA UNICREDIT BANCA

Loc. Banca CAGLIARI n. c.c. 00040141325A

Codice ABI 03002 CAB 04810 IBAN IT 759030020481000040141325

Oristano 16/04/2012

Firma



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritto RASEMI ANTONIO nato a  
CANUSI il 07/10/1954 residente a MARACALAGONE  
Via VIAFRIO DEI GIGLI n. SNC tel. 3338892720  
Cod.Fiscale RSNNTNS4 ROTE44P Cod. ENPAM N° 300261202K  
Cod. Reg.le 11917 E-MAIL PANBANTIVIRUS.ANTONIO@GMAIL.COM

DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di ORISTANO per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01/05/2012.

Il/la sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA ING

Loc. Banca \_\_\_\_\_ n. c.c. 253401

Codice ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN IT9220316901600CC00102534

Oristano 16/04/12

Firma

Antonio Rasi

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritta Camedda Anna Maria Giustina nata a  
Oristano il 27/02/1970 residente a Cabras  
Via Cagliari n. 12 tel. 328/2130588  
Cod.Fiscale CHDNTR70B67613W Cod. ENPAM N° 300223040H  
Cod. Reg.le 11835.

**DICHIARA**

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di Cabras per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01/05/2012.

Il/la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA \_\_\_\_\_

Loc. Banca \_\_\_\_\_ n. c.c. \_\_\_\_\_

Codice ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Oristano 16/04/2012

Firma



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritto Dr. SANNA CARLO nato a  
CAGLIARI il 10/08/1948 residente a TETI (NU)  
Via ABINI n. 23 tel. 078458234 (078458202)  
Cod. Fiscale SNNCR L48H10B354V Cod. ENPAM N° 300128132P  
Cod. Reg.le 10873  
carsanna2008@alice.it

DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di MILIS per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01.05.2012

Il/la sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

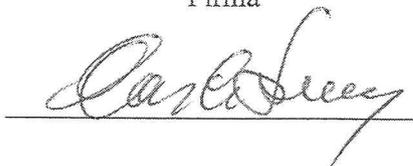
Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA DI SARDEGNA  
Loc. Banca CAGLIARI n. c.c. 15106  
Codice ABI 01015 CAB 04802 IBAN IT 59 L0101504802 15106

Oristano 16.04.2012

Firma



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritto PERRA MASSIMO nato a  
CAGLIARI il 3/6/1968 residente a QUARTU S. ELENA  
Via VERSILIA n. 25 tel. 347/4321807  
Cod. Fiscale PRRMSM68H03B354D Cod. ENPAM N° 300261102 F  
Cod. Reg.le 04395 . maxperra@hotmail.com

## DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di SOLA RUSSA per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 1/5/2012.

Il/la sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

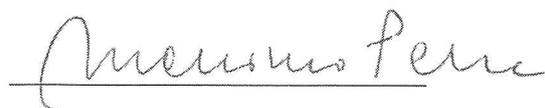
Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA UNICREDIT  
Loc. Banca QUARTU S. ELENA n. c.c. 000010111663  
Codice ABI 02008 CAB 43952 IBAN IT18H0200843952000010111663

Oristano 16/4/2012

Firma



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritt  SULAS ANGELO nat  a  
TRESNURAGES il 18-11-1964 residente a CAGLIARI  
Via CORNALIAS n. 68 tel. 347-0047346  
Cod.Fiscale SLSN6466518L393F Cod. ENPAM N° 3001915334  
Cod. Reg.le 05152

## DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di TERRALBA per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01-05-2012.

Il/la sottoscritt  si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA SARDEGNA

Loc. Banca CAGLIARI n. c.c. 70036567

Codice ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN IT13W0101506800000070036567

Oristano 16-06-2012

Firma



DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritt/a Sergheeva Elena nat/a a  
Leningrado (RUSSIA) il 27.09.1959 residente a Sini (OR)  
Via Cagliari n. 10 tel. 3282848256  
Cod. Fiscale SRGLNE59P67Z154K Cod. ENPAM N° 300243972 C  
Cod. Reg.le 11764.

**DICHIARA**

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di Lacconi per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 01.05.2012.

Il/la sottoscritt/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA Posta  
Loc. Banca Sini (OR) n. c.c. \_\_\_\_\_  
Codice ABI 07601 CAB 17400 IBAN IT 45 M 07601 17400 000039116140

Oristano 16.04.2012

Firma

Elena Sergheeva

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
( art. 63 ACN del 29/07/2009 e succ. mod. e int.)

Il/la sottoscritto MASSIMO TALA nato a  
CAGLIARI il 18.3.73 residente a CAGLIARI  
Via GENOVESE n. 43 tel. 3284747084  
Cod. Fiscale TLAMS173C18B3542 Cod. ENPAM N° 300265387A  
Cod. Reg.le 04461

## DICHIARA

formalmente di accettare l'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale per n° 24 ore settimanali assegnatogli dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna (ASL 8 Cagliari - prot. 2012/0033976 del 02/04/2012), ai sensi e per gli effetti dell'Art.63 dell'A.C.N. 29/07/2009, nella sede di LACONI per n° 24 ore settimanali, a decorrere dal 1.5.2012.

Il/la sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda qualsiasi variazione dovesse modificare la posizione segnalata e qualunque fatto possa costituire causa di incompatibilità per il mantenimento dell'incarico assunto.

Dichiara altresì di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni previste dalla dall'Accordo Collettivo Nazionale del 27/05/2009 e succ. mod. e int. che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale, nonché del relativo AIR vigente che disciplina l'incarico accettato.

**Si allega: nota ASL 8 Cagliari, autocertificazione (all. L).**

Da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati: BANCA BANCA SARDEGNA  
Loc. Banca CAGLIARI (ARZU) n. c.c. 607018  
Codice ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Oristano 26.4.12

Firma

Massimo Tala