**FAC –SIMILE DELLA DOMANDA**

 **Al Direttore Medicina Convenzionata**

 **ATS Sardegna** **A.S.S.L. Sanluri**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Assistenza Primaria nel COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da avviso pubblico emesso da codesta Azienda.

## A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_ C.F. e-mail

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere/non essere iscritto nella G.R. valida per l’anno 2021 al n.. con punti \_\_\_\_\_\_\_\_
2. di aver conseguito Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il presso l’Università degli Studi di con votazione /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale presso l’Università di nell’anno sessione ;
4. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di al n. dal ;
5. di essere / non essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale ( D.lgs 256/91 - 368/99 come modificato dal D.lgs 277/2003 ) conseguito il c/o la Regione ;
6. di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all’art. 17 dell’ ACN che regola i rapporti con i medici di medicina generale;

9. di dare il proprio assenso al trattamento dei dati personali (D. Lgs 196/2003);

10. di accettare incondizionatamente le norme previste dall’ avviso pubblico;

11. che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura deve essere fatta al seguente indirizzo:

Dr. Via Comune CAP Prov. Tel e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Allega alla presente:**

**Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità ai fini della validità dell’istanza di partecipazione e delle dichiarazioni rese.**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_