

S.C. Medicina Convenzionata

Via Romagna n. 16

09127 Cagliari

Marca da bollo

€ 16,00

D.L. n. 4372013

**Oggetto:** Domanda disponibilità per l’attribuzione di un incarico provvisorio di Assistenza Primaria – ambito 2.3 della ASL Medio Campidano - Comune di SERRAMANNA

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

La propria disponibilità a ricoprire l’incarico di cui all’oggetto.

A tal fine **DICHIARA:**

**-** di essere/non essere iscritto nella Graduatoria Regionale definitiva, anno \_\_\_\_\_, per la Medicina Generale al n. \_\_\_\_\_\_\_\_;

**-** di aver conseguito il titolo di F.M.G. presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con voto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**-** di essere iscritto all’albo professionale dei medici e chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**-** di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**-** Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell’A.C.N. per la Medicina Generale e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro possa 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.

**ALLEGO alla domanda fotocopia idoneo documento di riconoscimento,** in corso di validità ( art.38, comma 3 DPR 445/2000).

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del conferimento di incarichi provvisori di Assistenza Primaria e verranno utilizzati per tale scopo.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_