

Manifestazione di interesse all'inserimento nell'elenco di disponibilità al conferimento di incarichi a tempo determinato - Servizio di Assistenza sanitaria ai turisti. Stagione estiva anno 2026

Marca da bollo

€ 16,00

I sottoscritt Dott/Dott.ssa nato/a a il
, residente a CAP (Prov
) in via n°
C.F. Tel.
e-mail (obbligatoria) (COMPILARE IL MODULO IN MODO LEGGIBILE)

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco di disponibilità aziendale, per l'Assistenza Sanitaria nelle Località Turistiche della Regione Sardegna - 2026

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 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 inserito nella graduatoria regionale 2026 (pubblicata sul BURAS 63 del 27/11/2025), con punteggio: e posizione:
- e) di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
- in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il regione
 - abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;
 - iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (specificare sede del corso)
 - iscritto a scuola di specializzazione (specificare scuola e ateneo)

f) di essere o di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'ASL):

--	--	--

g) di avere o di non avere altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti (in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'Ente)

--	--	--

di avere o di non avere presentato analogha domanda alle seguenti Asl:

DA INVIARE A CURA DELL'INTERESSATO ALL'INDIRIZZO PEC DELL'ASL DI INTERESSE

> Da compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello della residenza:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo: Via n. Città

Prov CAP e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

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