Alla ASL 7 SULCIS

l sottoscritt

Dott/ssa

nato a

il ,

residente a

CAP

(Prov )

in via n°

C.F Tel .

PEC (obbligatoria)

***(COMPILARE IN MODO LEGGIBILE)***

# CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico provvisorio (art. 38 ACN per la Medicina Generale) nell' Assistenza Primaria dell’ASL SULCIS ambito / Distretto di

– Obbligo di apertura comune di

 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

1. **di aver conseguito** la Laurea in Medicina e Chirurgia il

voto /110

1. **di aver conseguito** l’abilitazione all’esercizio professionale presso l’Università di

sessione ;

presso L’Università degli Studi di

anno

1. **di essere iscritto** all’Ordine dei Medici di

al n°

dal

1. **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 ;

1. **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 )

1. **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);

1. **di essere** o **di NON essere iscritto/a** a scuole di specializzazione universitaria; (in caso di iscrizione

specificare in quale scuola );

1. **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 17 A.C.N.);

# I) di avere

# **di non avere, condanne definitive per delitti di qualunque natura , né procedimenti penali a carico**

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

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

dello stesso.

Prov

CAP

e si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione

### 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 ……………………..