

I 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. 35 ACN per la Pediatria di libera scelta) dell'ASL SULCIS IGLESIENTE 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

- 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 aver aver conseguito la specializzazione in Pediatria presso l'Università di _____ anno _____, con votazione _____/_____;**
- e) **di essere** o **di NON essere inserito/a** nella vigente graduatoria regionale della Sardegna per la P e d i a t r i a di libera scelta - In caso di inserimento specificare: al posto n° _____ con punti _____;
- f) **di non trovarsi** in nessuna delle situazioni di incompatibilità ai sensi delle vigenti norme di settore (Art. 20 A.C.N.);
- l) **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
 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