Marca da bollo
€ 16,00

All'Azienda ASL Lanusei
U.O. Cure Primarie
via Piscinas, 5
08045 LANUSEI

OGGETTO: Domanda per inserimento in Graduatoria Disponibilità Aziendale Medicina dei Servizi per la Sanità Penitenziaria.

__l__Sottoscritt__Dott._____

nat__a_____,il_____,residente a_____

CAP_____Via_____, n°_____

Tel._____Cellulare_____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria di disponibilità aziendale per eventuale conferimento di incarico a tempo determinato nella Medicina dei Servizi dell'ASL di Lanusei.(Sanità Penitenziaria)

A tal fine DICHIARA

di aver conseguito la laurea presso l'Università di _____, in data_____con voto_____/_____,

di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di _____, n°_____dal_____.

di essere iscritt__nella Graduatoria Regionale 2014 della Sardegna al n._____ ☐ sì ☐ no;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale ☐ sì ☐ no;

di essere iscritt__al corso di Formazione in Medicina Generale ☐ sì ☐ no;

di essere iscritt__al corso di Specializzazione in _____ ☐ sì ☐ no;

di aver prestato servizio presso l'Istituto Penitenziario di _____dal _____al_____;

DI NON AVERE CONDANNE DEFINITIVE PER DELITTI DI QUALUNQUE NATURA, DI NON AVERE PROCEDIMENTI PENALI A CARICO, DI NON AVERE FAMILIARI O CONVIVENTI TRA LA POPOLAZIONE DETENUTA O INTERNATA ☐ sì ☐ no

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.

Inoltre comunico che l'indirizzo presso cui desidero ricevere ogni comunicazione è il seguente:
Dott._____
Via_____n._____
CAP_____Località_____prov._____
Telefono_____
Cellulare_____
e-mail_____

Data_____ Firma_____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196.I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

ALLEGO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00)