

*DISTRETTO SANITARIO AZIENDALE  
U.O. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale*

*All'Azienda ASL n.4  
via Piscinas, 5  
08045 LANUSEI*

OGGETTO: Domanda inserimento Graduatoria Aziendale per l'attribuzione di incarichi provvisori, di sostituzione, per la Continuità Assistenziale e la Medicina Generale e reperibilità domiciliare.

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_.

## COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 e art. 19 AIR 2010:

- Incarichi provvisori di Continuità Assistenziale;
- Incarichi di sostituzione di Medicina Generale;
- Reperibilità domiciliari.

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 2015 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 essere occupato in altri incarichi  sì e precisamente presso \_\_\_\_\_  no;

DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL 29/07/2009 RATIFICATO 08/07/10 E SI IMPEGNA A COMUNICARE OGNI VARIAZIONE CHE IN FUTURO DOVESSE 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.**

Inoltre comunico che l'indirizzo presso cui desidero ricevere ogni comunicazione è il seguente:

Dott. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

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