

DISTRETTO SANITARIO DI TORTOLÌ U.O. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale 9082/470.401/403

Marca da bollo € 16,00 D.L.n.43 26/04/2013 **ASSLLanusei**

via Piscinas, 5

08045 LANUSEI

OGGETTO: Domanda inserimento Graduatoria 2017 per l'attribuzione di incarichi provvisori e/o di sostituzione, per la Pediatria di Libera Scelta. Il Sottoscritto Dr._____ nato a _______, il ______, residente a _______, via_______, n°______, Telefono o cellulare______ domicilio diverso dalla residenza_____ e-mail_____pec_____pec____ CHIEDE Di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi di cui all'oggetto (ACN per la Pediatria 15.12.2005 e s.m.i. e AIR in vigore). o Incarichi Sostituzione art. 36 ACN per la Pediatria 15.12.2005 ; o Incarichi provvisori art. 37 ACN per la Pediatria 15.12.2005; A tal fine **DICHIARA**: di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi _____in data ______con voto____/___ di essere abilitato all'esercizio professionale il _____a_ di essere specializzato in Pediatria in data ______con voto_____/ di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici Chirurghi della Provincia di ______ al n°______ dal______. di essere iscritt____nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria 2017 al n°_____; di non essere iscritt nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Pediatria 2017, ma in possesso dei requisiti previsti dall'ACN di cui sopra. di essere occupato in altri incarichi sì no se sì specificare presso _____ 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.

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).

Firma