

ALL. 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NELLA MEDICINA DEI SERVIZI PER I PRESIDI PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE PRESSO GLI ISTITUTI DI PERTINENZA DELLA ASL N. 8 CAGLIARI.

Alla U.O.C. Cure Primarie
Via Romagna 16
09127 Cagliari

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ___ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/00 per le dichiarazioni false o mendaci,
Dichiara di essere Residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
e-mail _____, Azienda
U.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione Sardegna
dal _____, laureato dal _____, con voto _____, in possesso del requisito
indicato (barrare):

- 1. Medico operante presso l'Istituto di _____ alla data del 4 settembre 2011 a far data dal ____/____/____ per un totale di anni____, mesi____, giorni____, in qualità di _____;
- 2. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 98 del 11.1.2012 e pubblicata sul BURAS n. 5 del 2.2.2012, parte prima e seconda;
- 3. medico, non operante presso Istituti penitenziari alla data del 4.9.11, e NON inserito nella graduatoria regionale approvata con determinazione n. 98 del 11.1.2012 e pubblicata sul BURAS n. 5 del 2.2.2012, parte prima e seconda,
 - 3.1 in possesso di attestato di formazione specifica in medicina generale;
OPPURE
 - 3.1 che ha conseguito l'abilitazione professionale entro e non oltre il 31.12.1994;
OPPURE
 - 3.3. che ha acquisito l'abilitazione professionale dopo il 31.12.1994 e che non è in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale o che non è iscritto alle scuole di specializzazione o al corso di formazione in medicina generale.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalle disposizioni e accordi regionali in materia di sanità penitenziaria di assegnazione degli incarichi di medicina dei servizi territoriali presso gli Istituti penitenziari di competenza della ASL n. 8 Cagliari.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Il sottoscritto allega autocertificazione conforme al modello allegato 2 all'Avviso.

Data _____ firma per esteso _____