

AII. 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO IL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO H 24 DELLA CASA CIRCONDARIALE DI CAGLIARI.

All'Azienda Sanitaria n. 8 Cagliari
Direzione Sanitaria
Via Piero della Francesca 1
09047 Selargius (CA)

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 dell'Emergenza Territoriale della ASL _____ 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 dell'Emergenza Territoriale, non operante presso Istituto penitenziario al 4.9.11, titolare di incarico a tempo indeterminato presso la ASL _____ dal _____;

3. medico, non in possesso dei requisiti di cui ai precedenti nn. 1 e 2, 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 e in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale e:

3.1 già incaricato a tempo indeterminato presso la ASL n. 8 Cagliari nel servizio di continuità assistenziale;

OPPURE

3.2 già incaricato a tempo indeterminato presso la ASL _____ della Sardegna nel servizio di continuità assistenziale;

OPPURE

3.3 solamente 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.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalle disposizioni e accordi regionali in materia di sanità penitenziaria di assegnazione degli incarichi presso il Punto di primo intervento della Casa Circondariale di 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 _____