

Al Direttore
U.O.C. Cure Primarie
c/o "Cittadella della Salute"
Padiglione C
Via Romagna, 16
09127 CAGLIARI

OGGETTO: Domanda di disponibilità rivolta ai medici titolari nell'ASL CAGLIARI per l'aumento orario settimanale a 38 ore per incarichi provvisori nel servizio di Continuità Assistenziale.

IL SOTTOSCRITTO DR. _____ NATO A _____
IL _____ RESIDENTE IN _____ VIA _____
CAP _____ TELEFONO _____, DOMICILIATO PER LE COMUNICAZIONI DI CUI
ALLA PRESENTE DOMANDA IN _____ (CAP _____),
VIA _____, N. _____ TEL. _____
POSIZIONE GRADUATORIA REGIONALE DEL _____ AL N. _____
MEDICO TITOLARE NELLA SEDE DI _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI

DICHIARA

- DI ESSERE DISPONIBILE AD EFFETTUARE INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE SECONDO LE MODALITA' STABILITE DALL'ACCORDO REGIONALE DEL 24/04/2013 E DALL'AVVISO AZIENDALE CHE SI RICHIAMANO INTEGRALMENTE.
- DI NON ESSERE IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITA' AI SENSI DEL VIGENTE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SI IMPEGNA A RISPETTARE LE SPECIFICHE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INCOMPATIBILITA' CONTENUTE NELL'AVVISO AZIENDALE DI DISPONIBILITA', IN OSSERVANZA A QUANTO STABILITO DALL'ACCORDO REGIONALE DI CUI SOPRA.

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.

Dichiara di acconsentire, ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n.196, al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, per le finalità direttamente connesse al servizio di continuità assistenziale.

CAGLIARI, _____

FIRMA _____