ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

SC MEDICINA CONVENZIONATA

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

S.C. Medicina Convenzionata

via Romagna 16

09127 Cagliari

OGGETTO: **Domanda Disponibilità_ per l'attribuzione di incarico provvisorio di Assistenza Primaria – comuni di Isili e Nuragus (ambito 5.1 ASSL Cagliari).**

Il Sottoscritto Dr._____,

nato a _____,il_____, residente a_____,

via_____, n°_____, Telefono o cellulare_____

domicilio diverso dalla residenza_____

e-mail_____pec_____.

COMUNICA

La propria disponibilità a ricoprire, l'incarico di cui all'oggetto ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 e art. 19 AIR 2009 nel comune di:

- ☐ ISILI E NURAGUS (AMBITO 5.1) - con decorrenza presumibilmente dal 11/11/2019

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 2019 sì no se sì al n._____;

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 se sì specificare con borsa di studio ◯ senza borsa di studio ◯

di essere in possesso della specializzazione sì no se sì specificare in quale scuola_____;

di essere occupato in altri incarichi sì no se sì specificare presso _____ _____;

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 23/03/2005 e s.m.i. 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.

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).**

Data _____ Firma_____